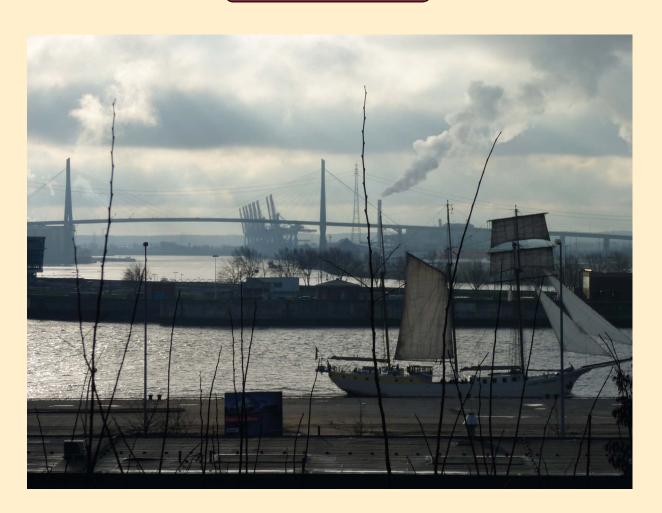


National Acupuncture Detoxification Association Deutsche Sektion e.V.

Aktualisierte Ausgabe Oktober 2017



Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll

Erfahrungen und Studien aus 20 Jahren Ein Reader für Interessierte

www.nada-akupunktur.de

Inhalt

(Anklicken der Seitenzahl führt Sie zum Artikel)

- 4 NADA Was ist damit gemeint?
- 5 Vorwort zum Reader 2017

Ralph Raben und Wolfgang Weidig

7 Acupuncture for Substance Abuse Treatment in the Downtown Eastside of Vancouver

Patricia A. Janssen, Louise C. Demorest, and Elizabeth M. Whynot: Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, 2005

18 Die Behandlung nach dem NADA Protokoll

Ralph Raben, 2015

26 Akupunktur in Sucht und Psyche – ein Update

Wolfgang Weidig: Dt. Zeitschrift für Akupunktur 55, 3/2012

31 Erfahrungen mit Akupunktur beim Entzug von Jugendlichen in der Fachklinik Bokholt

Wolfgang Weidig: Dt. Zeitschrift für Akupunktur 47, 3/2004

39 Implementation des NADA-Protokolls in der Psychosomatik -

eine begleitende Untersuchung

Michael Hase: Dt. Zeitschrift für Akupunktur 57, 4/2014

43 Über den Wert des NADA-Protokolls in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung

Michael Hase: Dt. Zeitschrift für Akupunktur 58, 1/2015

47 Belege für die Wirksamkeit des NADA-Protokolls – Eine Literaturstudie

Ryan Bemis, übersetzt von Kai Baudis

58 Treating drug using prison inmates with auricular acupuncture:

A randomized controlled trial

Anne H. Berman et al.: Journal of Substance Abuse Treatment 26 (2004) 95–102

66 Der Wert ambulanter akupunkturgestützter Entgiftung in der Suchtkrankenhilfe -

Eine Feldstudie, Übersetzung aus dem Amerikanischen Rainer Baudis

Orginaltitel: The Value of Acupuncture Detoxification Programs in a Substance Abuse Treatment *Michael Shwartz et al.: Journal of Substance Abuse Treatment Vol. 17, NO 4 (Decemter).*

81 Auricular Acupuncture, Education, and Smoking Cessation: A Randomized, Sham-Controlled Trial

J. D. Bier et al.: Am J. Public Health 2002; 92: 1642-1647

Studienbesprechung durch Tom Ots, Dt. Zeitschrift für Akupunktur 47, 2/2004

83 Standardisierte Gruppenohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll bei allgemeinpsychiatrisch erkrankten Patienten einer Schweizer Tagesklinik

Adriane Röbe: Dt. Zeitschrift für Akupunktur 58, 2/2015

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

K. Payer et al.: Dt. Zeitschrift für Akupunktur 50, 2/2007

91 Carola S., heroinabhängig – Akupunktur in einem Fall chronischer Drogenabhängigkeit. Fallbericht Ralph Raben: Dt. Zeitschrift für Akupunktur 47, 3/2004

96 Akupunktur nach dem NADA-Protokoll - eine Übersicht zur Sucht-Therapie

Ralph Raben: Dt. Zeitschrift für Akupunktur 47, 2/2004

102 Akupressurperlen bei der Behandlung von ADHS

Michael O. Smith, Lincoln-Hospital

Übersetzung eines Vortrags aus dem Amerikanischen von Kai Baudis

105 Goldene Magnetperlen zur Behandlung von Jungen mit ADHS, bipolaren Störungen und Asperger-Syndrom - Die Erfahrungen in Reed Academy

Michael Smith, Lincoln-Hospital. Übersetzung eines Vortrags aus dem Amerikanischen von Kai Baudis

109 The Use of the NADA Protocol for PTSD in Kenya

Die Anwendung des NADA-Protokolls bei post-traumatischem Stresssyndrom (PTSD) in Kenia Megan Yarberry: Dt. Zeitschrift für Akupunktur 53, 2/2004

115 Medical Missions for the Victims of Typhoon Ondoy

Medizinische Hilfe für die Opfer des Taifuns "Ondoy" J. Pimentel-Paredes: Dt. Zeitschrift für Akupunktur 53, 4/2010

117 Umfrage der NADA Deutsche Sektion e. V. zur Verbreitung der Akupunktur in der Behandlung von Suchtkranken in Deutschland

Uwe Verthein: Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) Psychiatrische Klinik des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, Juli 2009

122 Phasen der Stressbewältigung – Traumaverarbeitung und Akupunktur

Ralph Raben: Dt. Zeitschrift für Akupunktur, 2011, 54, 4: 13-17

127 Implementierung von Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll bei geriatrischen Patienten mit einer depressiven Episode Eine Machbarkeitsstudie mit gemischten Methoden

Janina Geib · Monika A. Rieger · Stefanie Joos · Gerhard W. Eschweiler · Florian G. Metzger Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Mai 2016

135 Laserakupunktur als unterstützende Therapie beim Neugeborenen mit Entzugssyndrom aufgrund mütterlicher Substitutionstherapie: Erste Ergebnisse einer Pilotstudie

OA Dr. Wolfgang Raith: Klinische Abteilung für Neonatologie Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde Medizinische Universität Graz. W. Raith, B. Resch, B. Urlesberger: Dt. Zeitschrift für Akupunktur 57, 3/2014

141 Laser Acupuncture for Neonatal Abstinence Syndrome: A Randomized Controlled Trial

Wolfgang Raith, MD · Georg M. Schmölzer, PhDa · Bernhard Resch, MD · Fritz Reiterer, MD · Alexander Avian, ScD Martin Koestenberger, MD · Berndt Urlesberger, MD

142 Standardisierte Gruppenohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll

bei allgemeinpsychiatrisch erkrankten Patienten einer Schweizer Tagesklinik

Dr. med. Adriane Röbe: Dt. Zeitschrift für Akupunktur 58, 1/2015

146 Das NADA-Protokoll in der Behandlung einer Patientin mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung

Dr. med. Adriane Röbe: Dt. Zeitschrift für Akupunktur 59, 2/2016

149 Das NADA-Protokoll in Sucht und Psyche

Übersicht und Definition der nächsten Forschungsaufgaben

Dr. Thomas Ots: Dt. Zeitschrift für Akupunktur 60, 1/2017

155 Stress, Angst und Trauma – wie hilft das NADA-Protokoll?

NADA-Fachtagung, 23./24. September 2016

Institut für Medizinische Psychologie der Universität Heidelberg

Ralph Raben: Dt. Zeitschrift für Akupunktur 60, 1/2017

157 Literatursammlung

Stand: 2015 - Übersicht

Herausgeber: NADA Deutsche Sektion e.V. · www.nada-akupunktur.de

Oktober 2017

Herstellung: OFFSET-SERVICE Hans Appold

NADA – Was ist damit gemeint?

NADA – steht für **National Acupuncture Detoxification Association.** Sie wurde 1985 in New York gegründet, und seit 1993 gibt es eine **NADA** auch als **Deutsche Sektion e.V.**

NADA ist ein gemeinnütziger Verein, und ihr Ziel ist es, das sog. NADA-Protokoll in die Behandlung von Suchtkranken, psychisch Kranken, Traumatisierten und in die betriebliche Gesundheitsförderung zu integrieren. Durch:

- Aus- und Weiterbildung
- Supervision, Beratung und Erfahrungsaustausch
- Fachtagungen und Fachinformation
- Förderung neuer Projekte und Einrichtungen
- Wissenschaftliche Evaluation von Projekten

Das NADA-Protokoll ist die Behandlung mit Ohrakupunktur in einem besonderen "Setting".

Die Therapie wurde Anfang der 1980er Jahre vom Klinikteam des Psychiaters Dr. Michael Smith im Lincoln-Hospital Bronx/N.Y.C. zunächst für den Drogenentzug entwickelt und hunderttausendfach angewandt. Es zeigte sich bald, dass diese Behandlung 1. nicht nur eine Detox-Therapie ist, sondern grundsätzlich bei psychischen Erkrankungen wirksam ist und 2. erst dann ihre volle Effektivität entfaltet, wenn sie integrativer Teil einer psychosozialen Therapie ist. Das Setting im NADA-Protokoll ist so strukturiert, dass sie in jedes konventionelle Therapiesetting integriert werden. Es ist wissenschaftlich in zahlreichen Studien evaluiert. Sie finden in diesem Reader eine umfangreiche Literaturliste zum Thema. Dennoch bleiben Fragen offen. Wir möchten Ihnen einen ersten Überblick geben.

Das NADA-Protokoll wird eingesetzt:

- Bei der Entzugbehandlung von suchtkranken Patienten: bei Konsum von Alkohol, Opiaten, Methadon, Cannabis, Amphetamin, Kokain, Crack.
- Beim Medikamentenentzug, z.B. von Benzodiazepinen
- Bei der Entwöhnung, der Rehabilitationstherapie und als Rückfallprophylaxe
- Allgemein in der Psychiatrie (auch bei Psychosen und Demenzkranken)
- Zur ergänzenden Therapie von TraumapatientInnen, auch Kinder und Jugendlicher
- In der Psychosomatik und als begleitende Behandlung in der Onkologie
- In der Raucherentwöhnung
- In Stressbewältigungsprogrammen und in der Gesundheitsförderung
- Als Hilfe nach traumatisierender Gewalt: Krieg, Flucht, Verletzung, Naturkatastrophen
- Eine Schwangerschaft ist für diese Behandlung keine Kontraindikation!

Die einfach anzuwendende und leicht zu erlernende Methode ist eine Bereicherung für alle, die in ihrem Beruf mit psychisch Kranken arbeiten oder in der Gesundheitsförderung tätig sind. Eine Ausbildung umfasst zwei Ausbildungswochenenden, eine theoretische und praktische Prüfung sowie die Demonstration des praktischen Könnens unter Supervision.

NADA bildet auch Mitarbeiter aus, die keine Ärzte sind.

Für Lehrzwecke hat NADA einen Film unter dem Titel

NADA – Akupunktur für Menschen in schwierigen Zeiten

produziert, der gegen eine geringe Schutzgebühr in unserer Geschäftsstelle erworben werden kann. Weitere Informationen erhalten Sie unter www.nada-akupunktur.de

Vorwort zum Reader 2017

Der Reader 2017 ist eine Aktualisierung von Berichten, Erkenntnissen und wissenschaftlichen Ergebnissen zum NADA-Protokoll. Seitdem Michael Smith und das Lincoln-Hospital in Bronx ab 1979 die Methode für den Drogenentzug entwickelt haben und nachdem sie seit Anfang der 1990er Jahre nach Deutschland kam, ist deutlich geworden, dass das NADA-Protokoll eine umfassende Wirkung ganz allgemein bei psychisch Kranken oder Gestressten hat, wenn es in ein therapeutisches Konzept integriert wird.

Dieses Heft ist für alle gedacht, die sich aufgrund ihres Berufes für das NADA-Protokoll interessieren könnten: **Therapeuten, Krankenschwestern oder Gesundheitspfleger, ÄrztInnen und Sozialarbeiter, Pädagogen und ehrenamtliche Helfer.**

Entscheidungsträgern soll er zeigen, dass es sich um eine etablierte praktikable Methode handelt, die evaluiert ist. Für unsere AusbildungskandidatInnen in den NADA-Kursen, Basic I und II gibt er einen Überblick über die internationalen Erfahrungen und wissenschaftliche Erkenntnisse.

Wer in diesem Feld arbeitet, kann herausfinden, **ob sich die Methode für die eigene Einrichtung eignet**: in der ambulanten oder stationären Behandlung von Suchtkranken, in der Psychiatrie, Gerontopsychiatrie, Psychosomatik, Kinderund Jugendpsychiatrie oder in der Traumatherapie, in einer Tagesklinik, einer Suchtambulanz, einer Beratungsstelle, in einer Einrichtung für Geflüchtete, in einer Justizvollzugsanstalt, in einem Betrieb zur Gesundheitsfürsorge gegen den überbordenden Stress oder in einer Schule.

Wer wissen will, wie NADA in den verschiedenen Anwendungsbereichen wirkt und effektiv eingesetzt wird, erfährt hier wie diese Behandlung angewandt wird und welche praktischen und wissenschaftlichen Erfahrungen dazu existieren.

Die nächsten Seiten sollen Sie neugierig machen und in eine ungewohnte Methode einführen: "Ohrakupunktur in einem besonderen Behandlungsstil". Sie können aus den Beiträgen auch den Geist erkennen, der dieser Behandlung zugrunde liegt, den "Spirit", die Philosophie dieser Behandlung: **Hilfe zur Selbsthilfe.**

Die Stärke des NADA-Protokolls liegt in seiner **Flexibilität und in seiner Einfachheit**. Es ist in nahezu jedes herkömmliche therapeutische Konzept integrierbar. Und genau darin liegt der Sinn von NADA: Ohrakupunktur verbessert die Behandlungsergebnisse in den verschiedenen Bereichen, wenn sie mit konventioneller Therapie kombiniert wird.

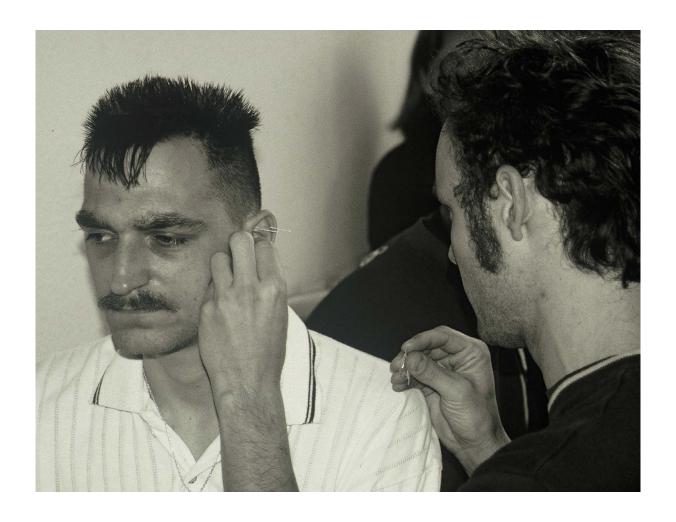
In mehreren Ländern (Philippinen, Indien, USA, Haiti, Kenia u.a.), die massiv von Naturkatastrophen, von Gewaltexzessen, Kriegshandlungen und Flüchtlingselend heimgesucht wurden, wurde und wird das NADA-Protokoll zunehmend zur Stabilisierung und zur ersten Hilfe von Menschen eingesetzt, die **Opfer der Gewalt wurden**. NADA-Akupunktur wurde hier eingesetzt als eine **erste Hilfe**. Auch in deutschen Einrichtungen für Geflüchtete wird bereits NADA eingesetzt.

Wir danken dem Elsevier-Verlag und unserem Kollegen Tom Ots, Chefredakteur der Deutschen Zeitschrift für Akupunktur, dass sie uns so viele Veröffentlichungen aus der DZA zum Druck dieses Readers überlassen haben. Das war nicht selbstverständlich.

Oktober 2017

Herausgeber: NADA Deutsche Sektion e.V. www.nada-akupunktur.de

Dr. Ralph Raben, NADA-Vorsitzender, NADA-Trainer Wolfgang Weidig, NADA-Mitgründer (Deutschland), NADA-Trainer





Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, doi:10.1093/jurban/jti054

© The Author 2005. Published by Oxford University Press on behalf of the New York Academy of Medicine. All rights reserved. For permissions, please e-mail: journals.permissions@oupjournals.org

Acupuncture for Substance Abuse Treatment in the Downtown Eastside of Vancouver

Patricia A. Janssen, Louise C. Demorest, and Elizabeth M. Whynot

ABSTRACT In British Columbia, Canada, the City of Vancouver's notorious Downtown Eastside (DES) represents the poorest urban population in Canada. A prevalence rate of 30% for HIV and 90% for hepatitis C makes this a priority area for public-health interventions aimed at reducing the use of injected drugs. This study examined the utility of acupuncture treatment in reducing substance use in the marginalized, transient population. Acupuncture was offered on a voluntary, drop-in basis 5 days per week at two community agencies. During a 3-month period, the program generated 2,755 client visits. A reduction in overall use of substances (P=.01) was reported by subjects in addition to a decrease in intensity of withdrawal symptoms including "shakes," stomach cramps, hallucinations, "muddle-headedness," insomnia, muscle aches, nausea, sweating, heart palpitations, and feeling suicidal, P < .05. Acupuncture offered in the context of a community-based harm reduction model holds promise as an adjunct therapy for reduction of substance use.

KEYWORDS Acupuncture, Addiction, Alcohol, Cocaine, Complementary therapy, Harm reduction, Heroin, Substance use.

INTRODUCTION

In British Columbia, Canada, the City of Vancouver's notorious Downtown East-side (DES) has an estimated 4,000 addicts concentrated in an area of 10 city blocks. The dismal economic, social, and housing environment in the DES makes it the poorest urban population in Canada. Thirty percent of this concentrated population is infected with HIV, and 90% are infected with hepatitis C. In 1997, the highest rates of HIV in the developed world were documented here. This population represents a significant public health challenge for prevention of transmission of disease by needle use and other high-risk activities associated with substance abuse. The purpose of this study was to assess the feasibility of delivering acupuncture therapy to addicts in the DES in Vancouver for the purpose of reducing substance use.

The use of alternative therapies (anticraving medications, acupuncture, biofeed-back, and neurobehavioral models) for the treatment of substance abuse disorders

Dr. Patricia is with the Department of Health Care and Epidemiology, University of British Columbia, Vancouver, British Columbia, Canada and also with the Centre for Community Health and Evaluation and Outcomes Sciences, 620B-1081 Borrand Street, Vancouver, British Columbia V62-1Y6; Dr. Louise is with the Riverside Therapists, Coppersmith Place, Richmond, Vancouver, British Columbia, Canada; and Dr. Whynot is with the BC Women's Hospital, Vancouver, British Columbia, Canada.

Correspondence: Patricia Janssen, PhD, UBC Department of Health Care & Epidemiology, 5804 Fairview Avenue, Vancouver, British Columbia, Canada V6T-1Z3. (E-mail: pjanssen@interchange.ubc.ca)

2 of 11 JANSSEN ET AL.

has increased in popularity over the last decade.² Specifically, acupuncture therapy is designed to help alleviate the emotional (depression and anxiety) and physical (cravings) symptoms elicited by abstinence, particularly in the early phase of the process and then to achieve mood stabilization and relaxation in later stages of recovery. Although the mechanisms underlying acupuncture are complex and not yet well understood, many researchers agree that substances such as alcohol and opioids alter the concentration of opiate peptides in the brain.³ They may also preferentially bind to opiate receptors and thereby displace endogenous opioids. Over time, the production and action of the natural endorphins is inhibited, and craving may result from a deficiency in endogenous opioids. Various studies have linked acupuncture to the production of endogenous opiate peptides.⁴

Acupuncture has been used in addiction treatment facilities in the United States since the early 1970s when Dr Michael Smith began to experiment with acupuncture as an adjuvant therapy for treatment of heroin addiction at New York's Lincoln Hospital.⁵ The modification of an acupuncture protocol developed by Wen⁶ to a 5-point system of auricular acupuncture for addiction treatment by Smith⁷ created a simple, safe, and inexpensive procedure that could be incorporated into standard clinic practice.

Acupuncture has been shown to reduce craving and consumption of substances in community-based studies. In a blinded placebo/acupuncture study of crack/cocaine in an outpatient setting in New York, lower levels of cocaine metabolite were found in urine samples from subjects receiving treatment versus sham acupuncture after 2 weeks of treatment. A similar study of 100 heroin users in San Francisco reported that subjects receiving acupuncture treatment attended a detoxification clinic more consistently than those receiving an acupuncture sham treatment. Richard and colleagues reported that adjunct therapies, including acupuncture, were significantly associated with retention in treatment among crack/cocaine users compared with neurobehavioural treatment alone in a 30-day outpatient treatment program serving an indigent urban population in Texas.² Retention in treatment was significantly associated with reduction in cocainespecific urine metabolites. In a recent trial of acupuncture for cocaine dependence, Avants et al.¹⁰ randomized subjects attending a community-based methadone maintenance program in New Haven, Connecticut, to auricular acupuncture, sham acupuncture, or a no-needle relaxation control. Subjects receiving the National Acupuncture Detoxification Association acupuncture protocol were more likely to provide cocaine negative urine samples than either the needle insertion or relaxation controls at 8 weeks. In Florida, the feasibility of use of acupuncture for substance abuse in a public health setting was tested among participants attending on a voluntary basis or as mandated by court orders. 11 Clean urine tests were obtained in the treatment group in 57% of the time required for the comparison (counselling only) group. One randomized controlled trial of 628 cocaine-dependent subjects failed to show a reduction in use of cocaine as measured by urine samples or self-report.12 The authors concluded that the study did not support the use of acupuncture as a stand-alone treatment for cocaine addiction.

In this study we offered acupuncture on a voluntary basis to assess its acceptability to the "hard core" population of the DES, to assess safety to the individuals providing the services, and to explore the effectiveness of acupuncture as an adjunctive treatment for substance use in this setting.

METHODS

Setting

Subjects were recruited from two sites in Vancouver's DES between June 1, 1999, and August 31, 1999. The sites were selected according to criteria established before the study, including accessibility to residents in the DES, on-site support services, and availability of a large quiet room with comfortable chairs. We chose to include two different service settings: a drop-in facility open to the general public and a residential treatment centre, both of which had been in existence for a number of years and were well known to the residents of the DES.

The drop-in site was the Vancouver Native Health Society Positive Outlook Drop-in. This clinic is centrally located in the DES and on a major street serviced by buses. It provides medical services and programs for youth, employment counselling, hot lunches, drop-in child care, and referral to drug and alcohol counselling for people of aboriginal descent and others. The residential site was the Salvation Army Harbour Light Complex. This complex includes a 29-bed detoxification facility (23 beds for men, 6 beds for women) for acute withdrawal and a 62-bed residential facility offering a 90-day treatment program for rehabilitation of male substance users. Residents have access to individual and group counselling, life skills training, literacy programs, in-house Narcotics Anonymous and Alcoholics Anonymous groups, and medical care. Daily acupuncture treatments were offered at the Vancouver Native Health Society (VNHS) by one licensed acupuncturist and at the Salvation Army (SA) by the same or one other acupuncturist. Acupuncturists are accredited in British Columbia through a provincial licensing board.

Participants

All people over the age of 16 who either resided in or frequented the DES were eligible for treatment at the VNHS site (Fig. 1). All clients participating in the treatment facilities at the Salvation Army Complex during the study period were eligible for treatment. Clients were made aware of the service by means of multilingual posters and brochures distributed throughout the DES and by word of mouth. It was not necessary for the clients to have abstinence as a treatment goal at either site, and participation in the study was voluntary. Anonymity was maintained by having subjects identify themselves by means of code numbers known only to them. Caregivers at the residential treatment facilities did not know which of their clients were participating. Participation at acupuncture sessions was not documented in the patient chart, and constant turnover among patients would make it difficult for staff to keep track of which patients were receiving acupuncture. Ethical review was undertaken by the Vancouver/Richmond Health Board before the commencement of the project. Written consent was obtained before taking photographs of participants.

Treatment

Acupuncture treatment was delivered using the 5-point auricular acupuncture protocol of the National Acupuncture Detoxification Association, originally developed by Smith.⁷ The protocol consists of inserting five sterile, disposable stainless steel acupuncture needles in both ears at points known as Sympathetic, Shen men, Liver, Kidney, and Lung. This point combination is believed to be specific for substance abuse. Treatment was conducted in a group setting with a minimum of six clients receiving treatment simultaneously. Clients sat in comfortable reclining chairs

4 of 11 JANSSEN ET AL.

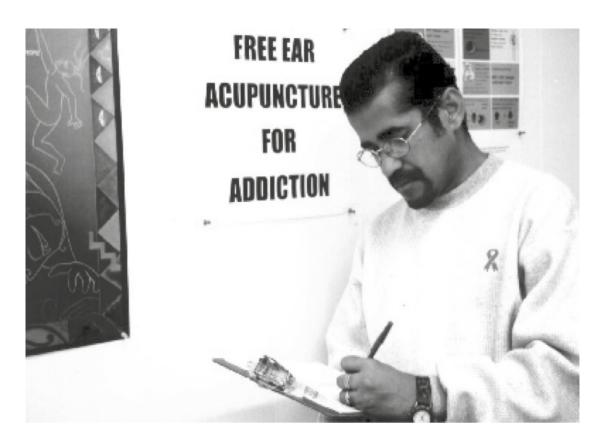


FIGURE 1. Checking in for acupuncture at the Vancouver Native Health Society.

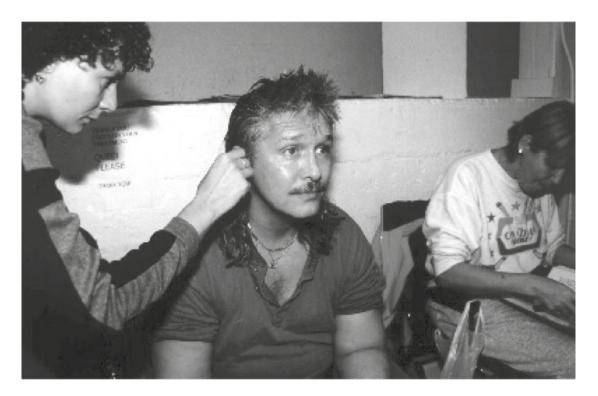


FIGURE 2. Insertion of needles by the acupuncturist.

during treatment (Fig. 2). At the conclusion of the treatment (usually 35–40 minutes) they removed the needles from their ears and placed them in protective "sharps" containers (Fig. 3).



FIGURE 3. Removing needles at the completion of an acupuncture treatment.

Outcome Measurements

Study subjects completed questionnaires on the Fridays that they attended the acupuncture clinic before receiving treatment. The weekly questionnaire documented information about drug use in the past week and their experience of withdrawal symptoms. Drug use symptomatology was reported using a 10-cm visual analogue scale anchored with "none" at 0 cm and "extreme" at 10 cm. Visual analogue scales as a method of quantifying withdrawal symptoms have been shown to be consistent with standardized questionnaires and plasma markers. Symptoms assessed were chosen from the literature related to use of heroin, alcohol, crack/cocaine, sedatives, and amphetamines. Assistance was offered to clients if they required help filling out the forms. Before the first treatment, subjects were asked to document their reasons for seeking treatment, substances most often used, and general sociodemographic information.

A nonparametric statistical test for related samples (Friedman Test) was used to test within subjects changes in use of drugs and severity of symptoms over time. A nonparametric test was used because distributions of symptoms were nonnormal 6 of 11 JANSSEN ET AL.

and data did not meet assumptions of homogeneity of variance at subsequent time intervals. A *P*-value of .05 or less was denoted as statistically significant. A multivariate analysis utilising logistic regression was undertaken to elucidate factors associated with continued attendance at acupuncture treatments. The software used for the analysis was SPSS, version 12.

In addition to quantitative measures, subjects were invited to write comments about the treatment in a "communication book."

RESULTS

Study Subjects

The total number of acupuncture treatments provided during the study period was 2,755. The total number of individual study subjects accessing acupuncture treatment and filling out our weekly questionnaires on Fridays was 261. Among these 261 subjects, VNHS served 168 (64.4%) clients while the SA site served the remaining 93 (35.6%) clients (Table 1).

Subjects accessing acupuncture treatment in either facility were most often in the 30–39 or 40–49 year age groups. Men and women were equally represented at the VHNS acupuncture site (50%) compared with a predominance of men (81.3%) at the SA site, which served primarily men, P<.001. Ethnicity among subjects attending the VHNS was more diverse, with 32.8% being non-Caucasian compared with 19.5% at the SA. At the VHNS, a greater proportion of subjects were aboriginal (17.6%) compared to the SA (11.0%), but this difference was not statistically significant (P=0.22). Heroin was the drug most frequently used among people attending the VNHS (25.4%), followed by crack/cocaine (19.2%), compared to alcohol (51.8%) and methadone (17.6%) at the SA (P<.001). At the VNHS, clients were asked whether they had been diagnosed with a psychiatric illness. Forty-two percent (71) indicated that they had. Five (3.0%) clients reported being told by a physician that they had schizophrenia, fifty-eight (34.5%) had depression, and eight (4.8%) had other mental illnesses.

The number of subjects having acupuncture on each Friday, data collection day, was 261, 105, 51, and 39 at week one, two, three, and four, respectively. The mean number of days between treatments ranged from 9.9 to 13.4 days. Attrition rates differed between the two sites; after the first visit it was 41.9% at the VNHS and 89.1% at the SA residential, 68.8% after the second visit at the VHNS and 95.7% at the SA site, and after the third visit it was 77.8% at the VHNS and 97.8% at the SA site.

Given that 58.1% of VHNS clients and 10.9% of SA clients returned for a second treatment, we sought to determine if there were differences between those clients who did and did not continue with treatment. Clients who returned for a second or more visits did not differ in measured characteristics from those who sought one treatment only, other than by location of treatment, that is, VHNS versus SA. In a multivariate analysis, ongoing attendance was not related to age, race/ethnicity, gender, reasons for seeking treatment, or substances most often used.

Severity of Withdrawal Symptoms

Among all of the 39 clients who attended the clinics on at least four Fridays (data collection day), severity of withdrawal symptoms were assessed (Table 2, Fig. 4). Reductions in severity were statistically significant for shakes, stomach cramps, hallucinations, muddle-headedness, insomnia, muscle aches, nausea, sweating, heart palpitations, and feeling suicidal. Among the 57 subjects attending for at least

TABLE 1. Characteristics of the study sample

	VHNS [n (%)]	SA [n (%)]	Total [n (%)]
	168 (64.4)	93 (35.6)	261 (100)
Number of Fridays attending			
One	70 (41.7)	83 (89.2)	153 (58.6)
Two	45 (26.8)	8 (8.6)	53 (20.3)
Three	17 (10.1)	0	17(6.5)
Four	16 (9.5)	1 (1.0)	17 (6.5)
Five or more	20 (11.9)	1 (1.0)	21 (8.0)
Age			
1–19	1 (0.7)	0	1 (0.4)
20–29	12 (8.2)	14 (17.3)	26 (11.5)
30–39	49 (33.6)	35 (43.2)	84 (37.0)
40–49	56 (38.4)	16 (19.8)	72 (31.7)
50–59	18 (12.3)	11 (13.6)	29 (12.8)
60–69	8 (5.5)	4 (4.9)	12 (5.3)
70–79	2(1.4)	1 (1.2)	3 (1.3)
Not stated	22	12	34
Race/Ethnicity			
Caucasian	80 (67.2)	66 (80.5)	146 (72.6)
Aboriginal	21 (17.6)	9 (11.0)	30 (14.9)
East Asian	8 (6.7)	3 (3.7)	11 (5.4)
Black	4 (3.4)	2(2.4)	6(3.0)
South Asian	3 (2.5)	1(1.2)	4(2.0)
Latino	2(1.7)	0	2(1.0)
Other	1 (0.8)	1 (1.2)	2(1.0)
Not Stated	49	11	60
Gender			
Male	66 (50)	70 (81.3)	136 (62.4)
Female	64 (48.5)	16 (18.6)	80 (36.7)
Transgendered	2 (1.5)	0	2(0.9)
Not Stated	36	7	43
Reasons for seeking treatment			
Help with drug addiction	75 (64.1)	78 (83.9)	153 (72.9)
Stress/anxiety	28 (23.9)	8 (8.6)	36 (17.1)
Quit smoking	4 (3.4)	1 (1.1)	5(2.4)
Help me sleep	1 (0.9)	0	1 (0.5)
Other	9 (7.7)	3 (3.2)	12 (5.7)
Not stated	51	3	54
Substance most often used			
Alcohol	11 (10.6)	44 (51.8)	55 (29.1)
Heroin	30 (25.4)	15 (17.7)	45 (23.9)
Crack, cocaine	20 (19.2)	0	20 (10.6)
Marijuana	10 (9.6)	9 (10.6)	19 (10.1)
Methadone	3 (2.9)	15 (17.6)	18 (9.5)
Benzodiazepines	2(1.9)	1 (1.2)	3 (1.6)
Amphetamines	0	1 (1.0)	1 (0.5)
Other	11 (10.6)	0	11 (5.8)
Former drug user	17 (16.3)	0	17 (9.0)
Not stated	64	9	73

VHNS, Vancouver Native Health Society; SA, Salvation Army.

8 of 11 JANSSEN ET AL.

TABLE 2. Changes in severity of withdrawal symptoms

Symptoms*	Time 1	Time 2	Time 3	Time 4	<i>P</i> -value
Cravings	3.04	3.03	3.02	2.33	.271
Depression	3.76	2.80	2.77	3.08	.301
Shakes	1.57	1.42	0.49	.049	.037
Stomach cramps	1.67	1.31	1.05	0.85	.049
Headaches	2.65	1.65	2.02	1.80	.475
Hallucinations	0.42	0.10	.019	0.17	.012
Muddle-headedness	3.67	2.49	1.97	2.45	.015
Skin crawling	1.98	1.93	0.67	1.25	.083
Insomnia	4.45	4.44	3.70	3.41	.020
Anxiety	4.56	3.61	3.20	3.12	.054
Diarrhoea	1.12	1.01	0.77	0.43	.201
Muscle aches	4.25	3.37	3.67	2.62	.009
Nausea	1.93	0.71	0.78	0.93	.033
Sweating	2.70	2.92	1.51	1.97	.005
Feeling suicidal	2.10	0.98	0.70	0.54	.005
Heart palpitations	2.11	1.57	1.20	0.70	.042

Symptoms were reported weekly on Fridays on a 10-cm visual analogue scale. Times 1–4 may not have been consecutive Fridays for individual participants.

^{*}The number of people experiencing a particular symptom ranged from 113–229.

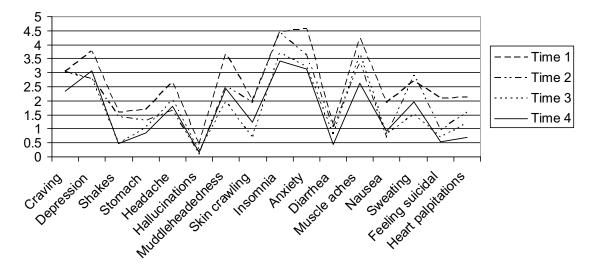
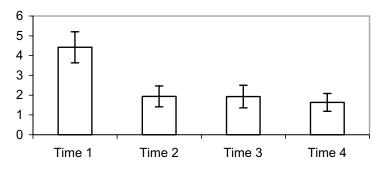


FIGURE 4. Changes in severity of symptomatology over time among subjects attending at least 4 weeks of treatment.

three Fridays, reductions in severity of symptoms were significant for shakes, stomach cramps, hallucinations, muddle-headedness, insomnia, anxiety, diarrhoea, nausea, sweating, and feeling suicidal. The direction of change after the first treatment was consistently towards reduction in severity among all evaluated symptoms.

Overall Frequency of Substance Use

Subjects reported frequency of drug use on a scale: 1 = no drug use; 2 = once during the previous week; 3 = use every 2-3 days; 4 = daily; and 5 = several times daily. Among 39 subjects reporting on substance use on at least four Fridays, there was a significant decrease (P = .01) in mean self-reported frequency of use of drugs after



Vertical Axis

1= no drug use

2= once in the past week

3= drug use once every 2 or 3 days

4= once a day

5= use every day, several times a day

FIGURE 5. Substance use in the previous week among subjects completing 4 weeks of treatment, mean frequency, and 95% confidence intervals. (Frequency of drug use was reported weekly on Fridays. Times 1–4 may not have been consecutive Fridays for individual participants.)

the first treatment and this decrease was maintained over the ensuing three measurement times (Fig. 5).

Comments from Subjects

The following comments were illustrative of entries in the communication book regarding responses to the acupuncture.

Aboriginal female, age 43

I am down to 100 mg Zoloft and I am sleeping better. The acupuncture combined with the lower dose of Zoloft is really helping my depression and anxiety. Coming to the clinic is the first thing I do in the morning. It calms and grounds me... I crave the ritual of IV use a lot and this takes care of that.

Caucasian male, age 46

The longer I seek treatment the more I'm benefiting from the results. I try to average 3 treatments per week. I have noticed that I'm much less anxious also without cravings for alcohol, tobacco or other substances. Thanks a lot for the help.

Caucasian female, age 43

I am into my 4th week of acupuncture and the effects of this are so wonderfully calming, makes my life much less stressful, so that it is easier to cope daily in this stressful life.

Safety and Cost

No-needle stick injuries were sustained during the duration of the project. Police were called to escort a client to a psychiatric facility on one occasion. Assistance of agency staff members to deal with agitated patients was requested and received for four clients. The overall cost of the program, including the hourly wage for the acupuncturist as well as supplies and equipment was \$35,884 over the 3-month period. The cost per patient visit was \$13.

DISCUSSION

We have demonstrated the ability of an acupuncture treatment program to attract the participation of substance-using individuals in Vancouver's DES. Over 2,700 visits took

10 of 11 JANSSEN ET AL.

place in a 3-month period. Although estimates of the number of addicted individuals in the DES are crude, our sample of 261 may represent as much as 15% of that population. Among subjects returning to the clinic three or more times, the self-reported overall use of drugs declined during the study period, as did severity of withdrawal symptoms.

Similar to other studies,^{2,8-11} we experienced a high rate of attrition among study subjects. Previous studies of community-based interventions have reported drop-out rates ranging from 34² to 75%.⁹ A site report from the Residential Treatment Centre indicated that the acupuncture sessions interfered with the daily schedule of activities, preventing most clients from attending acupuncture sessions. Also, most of the clients had completed withdrawal from drugs and would not access acupuncture for alleviation of symptoms. Among clients who were actively withdrawing, staff reported a decrease in levels of agitation and a reduction in requests for sleeping medication.

In a multivariate analysis we were not able to predict ongoing attendance at the "storefront" facility on the basis of age, race/ethnicity, sex, reasons for seeking treatment, or substances most often used. This could mean that the treatment has general appeal to many subgroups within the population. Among participants in a drug injection study by Craib and colleagues¹⁴ in progress in the DES at the same time as our study, the proportion of aboriginal participants was 24.4%, higher than our overall rate of 14.9%. Aboriginal people may therefore be underrepresented in our study population. Similar to our sample from the Native Health Society, which served both men and women on an equal basis, the Craib study reported equal proportions of male and female participants.

Our study is limited by our ascertainment of substance use that was by self-report only. Our subjects did not see their visual analogue scores from previous visits, so it is unlikely that there was systematic bias in reporting severity of symptoms over time. We lack a comparison group in this study, and we could not measure drug use among subjects who did not return for ongoing treatment. We cannot evaluate, therefore, to what extent our study participants represent a subgroup of the population who may be particularly motivated to reduce substance use. However, it is likely that this group is more representative of the DES population than a group that would have voluntarily participated in a more rigorous study design. We were unable to measure the extent to which the services and programs that participants were exposed to in the treatment settings versus the acupuncture itself may have influenced their motivation to reduce use of substances. For example, some participants may have been starting their treatment program at the same time that they started acupuncture treatments.

The most common drugs used by our DES clients were alcohol and heroin. Some clients did not consider certain categories of drugs to be "harmful" (alcohol, marijuana, and benzodiazepines) and did not record their use of these substances. Therefore, our data may be underrepresenting the true magnitude of the problem in the DES. A significant proportion of respondents (27.6%) did not list their drug of choice.

It is important to note that because data was collected every Friday during the period of the project, our study underreports the number of clients who actually used the acupuncture services on a daily basis. However, we are not aware of any bias associated with use of the treatment centres on Friday.

A substantial proportion of our VNHS clients (42%) have been diagnosed with a psychiatric illness. It is noteworthy that these people found their way for treatment because clients with substance abuse problems and a coexisting mental illness form a particularly vulnerable segment of the DES. Studies have indicated that acupuncture therapy may be beneficial in the treatment of various psychiatric disorders including depression.¹⁵

Our study has demonstrated the success of a voluntary, inexpensive acupuncture program in engaging addicts in an acupuncture treatment, which they found to be beneficial in reducing their use of drugs. Acupuncture in isolation is not understood to be an effective long-term treatment for drug addition. Its value may lie in creating a window of opportunity, through reduction of symptoms, for participants to avail themselves of longer-term alternatives to their lifestyle. Despite the limitations inherent in observational study designs, in this study, subjects who participated in a treatment program for a minimum of 3 weeks reported both a reduction in symptoms associated with use of substances and an overall reduction in use of illicit drugs. Future studies need to explore the utility of offering acupuncture on a voluntary basis in a randomized design with a longer-term follow-up, objective measurements of substance use, standardized treatment protocols, and an examination of factors predicting ongoing attendance.

ACKNOWLEDGEMENT

This study was funded by the Vancouver/Richmond Health Board, Canada.

REFERENCES

- 1. Strathdee S, Patrick D, Currie L, et al. Needle exchange is not enough: lessons from the Vancouver injecting drug use study. *AIDS*. 1997;11:F59–F60.
- 2. Richard A, Montoya I, Nelson R, Spence R. Effectiveness of adjunct therapies in crack cocaine treatment. *J Subst Abuse Treat*. 1995;12:401–403.
- 3. Culliton P, Kiresuk T. Overview of substance abuse acupuncture treatment research. *J Altern Complement Med.* 1996;2:149–159.
- 4. Brewington V, Smith M, Lipton D. Acupuncture as a detoxification treatment: an analysis of controlled research. *J Subst Abuse Treat*. 1994;11:289–307.
- 5. Smith M. Acupuncture and natural healing in drug detoxification. *Am J Acupunct*. 1979;7:97–107.
- 6. Wen H, Cheung S. Treatment of drug addiction by acupuncture and electrical stimulation. *Asian J Med.* 1973;3:138–141.
- 7. Smith M, Khan I. Acupuncture programme for treatment of drug addicted persons. *Bull Narc.* 1988;40:35–41.
- 8. Lipton D, Brewington V, Smith M. Acupuncture for crack-cocaine detoxification: experimental evaluation of efficacy. *J Subst Abuse Treat*. 1994;11:205–215.
- 9. Washburn A, Fullilove R, Fullilove M, et al. Acupuncture heroin detoxification: a single-blind trial. *J Subst Abuse Treat*. 1993;10:345–351.
- 10. Avants S, Margolin A, Holgord T, Kosten T. A randomized controlled trial of auricular acupuncture for cocaine dependence. *Arch Intern Med.* 2000;160:2305–2313.
- 11. Konefal F, Duncan R, Clemence C. The impact of the addition of an acupuncture treatment program to an existing Metro-Dade County outpatient substance abuse treatment facility. *J Addict Dis.* 1994;13:71–99.
- 12. Margolin A, Kleber H, Avants S, et al. Acupuncture for the treatment of cocaine addiction: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2002;287:55–63.
- 13. Romeo E, Pompili E, di Michele F, et al. Effects of fluoxetine, indomethacine and placebo on 3 alpha tetrahydroprogesterone (THP) plasma levels in uncomplicated alcohol withdrawal. *World J Biol Psychiatry*. 2000;1:101–104.
- 14. Craib L, Spittal P, Wood E, et al. Risk factors for elevated HIV incidence among aboriginal injection drug users in Vancouver. *CMAJ*. 2003;168:19–24.
- 15. Roschke J, Wolf C, Muller M, et al. The benefit from whole body acupuncture in major depression. *J Affect Disord*. 2000;57:73–81.

Die Behandlung nach dem NADA Protokoll

Dr. med. Ralph Raben, Hamburg Oktober 2015

Die Entdeckung der Wirkung

Ende der 60er Jahre entdeckte der Hongkonger Neurochirurg *Wen* durch Zufall, dass Ohrakupunktur die Symptome des Drogenentzugs bei Heroinsüchtigen mindert. Als Dr. Wen postoperative Schmerzen mit Akupunktur behandelte, besserten sich die Entzugssymptome opiatabhängiger Patienten. Außerdem war ihr Verlangen nach dem Stoff deutlich reduziert. Diese Wirkung wurde in verschiedenen wissenschaftlichen Studien bestätigt und praktisch in der Drogentherapie genutzt (Wen, 1973). Wen betonte bereits damals, dass für einen stabilen Erfolg der Behandlung psychosoziale Rehabilitation erforderlich ist.

Aufgrund der Untersuchungen von Dr. Wen wurde im staatlichen New Yorker Lincoln Hospital Akupunktur zur Behandlung der Drogenabhängigkeit eingeführt. Der Psychiater Dr. Michael Smith und seine Mitarbeiter entwickelten ein einfaches und effektives Behandlungsprogramm für ihre Drogenentzugsambulanz. Ohrakupunktur spielt darin eine wichtige Rolle. Mehrmals in der Woche kamen die Klienten hierher für eine Dreiviertelstunde und erhielten 3-5 Nadeln in die äußeren Ohrmuscheln bis sie von ihrem Suchtmittel entzogen waren. Danach wurde die Ohrakupunktur – weniger frequent - fortgeführt zur Rückfallprophylaxe, zur Unterstützung der Entwöhnungstherapie. Auch Smith betonte, dass sich Akupunktur und Therapie ergänzen müssen.

Drogengerichte schickten ihre kranken Delinquenten unter kontrollierten Auflagen in diese Ambulanz. Gefängnisse führten diese leicht durchzuführende Behandlung ein zur Minderung des Drogenkonsums und zur Gewaltreduktion.

Jeder Patient erhielt damals im Lincoln Hospital die gleiche Akupunktur-Kombination von 3 - 5 Ohrpunkten. Die Behandlung fand – anders als sonst Akupunkturtherapie - in Gruppen von 20 bis 50 Patienten gleichzeitig statt und dazu im Sitzen. Das erhöhte die Akzeptanz der Methode erheblich; auch bei Patienten mit anderen chronischen seelischen Störungen wie Borderline-Erkrankung, Schizophrenie, bipolarer Störung, Traumaerkrankung (PTSD).

Nachdem die Stadt New York die Effektivität und die Sicherheit dieser klinischen Ambulanz untersucht hatte, wurde sie zu einem Modell für amerikanische Großstädte. 1985 wurde daher von Dr. Michael Smith und den Mitarbeitern aus vielen Einrichtungen eine Non-Profit-Organisation gegründet, um die Methode zu lehren, wissenschaftlich zu evaluieren und gute Behandlungsstandards zu gewährleisten. Die Organisation nannte sich NADA, National Acupuncture Detoxification Association, war gemeinnützig und die Behandlung wurde das "NADA-Protokoll" genannt.

Auch in Deutschland gab es schon Erfahrungen mit Akupunktur im Drogenentzug: der Psychiater und ärztliche Leiter der Bernhard-Salzmann-Klinik, Dr. Hans G. Marx, behandelte seit 1973 alkohol- und drogenabhängige Patienten mit Körperakupunktur und beschrieb die günstigen Wirkungen, die von den Nadeln ausgehen: Linderung der körperlichen und seelischen Schmerzen in der Entzugsphase, die Verminderung ihrer Ängstlichkeit, die Abnahme des Suchtverlangens.

In Deutschland wurde das **NADA-Protokoll** von Wolfgang Weidig, Walter Geiger und Karsten Strauß mit der Unterstützung von John Tindall aus London und Michael Smith aus New York eingeführt: Anfang der 1990er Jahre wurden die ersten Patienten in der Drogenentzugs- und Rehaklinik Agethorst (später Bokholt) behandelt. Aufgrund der hervorragenden klinischen Erfahrungen wurde 1993 die deutsche NADA e.V. gegründet.

(<u>www.nada-akupunktur.de</u>). In dieser Klinik wurden bis jetzt etwa 16 000 Patienten damit behandelt.

Bis 2015 hat NADA Deutschland rund 7000 Mitarbeiter aus Einrichtungen ausgebildet, die sich beruflich mit der psychischen Gesundheit von Patienten und Klienten beschäftigen. Und es gibt etwa 400 klinische Einrichtungen der Suchthilfe, der Psychiatrie und der Psychosomatik, die das NADA-Protokoll regelmäßig und strukturiert in ihre Behandlung integriert haben, auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie und auch in der Gerontopsychiatrie; und auch in der betrieblichen Gesundheitsförderung wie etwa beim Arbeitsmedizinischen Dienst der Stadt Hamburg, den Wasserwerken oder beim Finanzamt Münster (Stand 2014).

Das NADA-Protokoll wurde nach und nach in vielen Ländern eingeführt, in tausenden von sehrb verschiedenen Behandlungsprogrammen: In medizinisch hochentwickelten Ländern wie Kanada, Schweden, Dänemark, Norwegen, Finnland, Schweiz, Österreich, Großbritannien und Italien sowie in zahlreichen Ländern, die von Kriegshandlungen, Flüchtlingselend und Naturkatastrophen heimgesucht werden und die darauf angewiesen sind, dass Therapien einfach, effektiv und kostengünstig sind, z.B. in Indien, Philippinen, Kenia, Somalia, Nigeria, Irak, Tunesien, Mexiko oder Haiti nach dem Erdbeben.

Akupunktur - Wirkung von außen nach innen

Akupunktur ist das Einbringen von Metallnadeln in anatomisch definierte Areale eines Organismus (Akupunkturpunkte). Der gezielte Stich mit der Nadel kann im Körper einen ausgleichenden und heilenden Prozess in Gang setzen. Die Mikroverletzung an der Oberfläche setzt eine umfangreiche Kaskade biochemischer und biophysikalischer Reaktionen im Inneren des Körpers in Bewegung. Sie führt nach heutiger Auffassung zu einer Aktivierung von Selbstheilungsmechanismen im vegetativen System. Die Neuroendokrinologie und die Akupunkturforschung geben uns Jahr für Jahr genauere Kenntnisse über ihre Wirkmechanismen und das Zusammenspiel verschiedener von Neurotransmittern, den Rezeptoren und den umfangreichen vegetativen Wirkungen. Mit Hilfe seiner aktivierten, körpereigenen Stoffe (zB Endorphine, Enkephaline, Dopamin, Serotonin) heilt am Ende der Körper seine gestörten, geschwächten vegetativen oder kranken Funktionen von innen her. Hilfe von außen zur Selbsthilfe im Inneren.

Akupunktur führt zu einem spürbaren und messbaren Ausgleich körperlicher und seelischer Funktionen. Die meisten Patienten – auch Schwangere, Kinder und Jugendliche - fühlen sich nach kurzer Zeit wohler, weniger gestresst, ausgeglichener, stärker. Das ist einer der Gründe, warum diese Behandlung eine gute Akzeptanz hat und sich durchsetzt.

Gibt es eine wissenschaftliche Evidenz?

Bereits 2009 setzten von 596 deutschen Suchthilfeeinrichtungen (Entzugs- und Rehakliniken, Tageskliniken) rund 200 in irgendeiner Weise Akupunktur ein. Davon arbeiteten 90% mit dem NADA-Protokoll (siehe Verthein, 2009): Darunter Universitätskliniken wie etwa das UKE Hamburg, die Charite Berlin oder die LMU München mit dem Max-Planck-Institut für Psychiatrie, zahlreiche Lehrkrankenhäuser zwischen Schleswig und Stuttgart, Kaiserslautern, Köln und Leipzig, in der Suchtbehandlung, in der allgemeinen Psychiatrie, in der Traumabehandlung, in der Psychosomatik (siehe Weidig, 2012; Hase, 2014 und 2015; Röbe, 2015). Die Methode gilt als sicher, wirksam, einfach und kostengünstig. Sie wird unter ärztlicher Verantwortung, Delegation und Supervision meistens von Krankenpflegepersonal und nicht-ärztlichen Therapeuten praktisch durchgeführt. Wirkungsmechanismus und die

Evidenz Wirksamkeit lassen sich allerdings nicht so einfach testen wie bei einem Medikament im Doppelblindversuch. Es kommt eben nicht allein auf die fünf Ohrpunkte an, sondern ebenso auf den Stil der Behandlung und damit auf die Beziehung zwischen Akupunkteur und Behandeltem. Darin ähnelt das NADA-Protokoll eher psychotherapeutischen Verfahren. Man muss vor allem die US-amerikanischen Publikationen lesen, die ja oft in Fachzeitschriften der Suchtmedizin oder Psychiatrie publiziert wurden.

Die sorgfältige amerikanische Feldstudie von Shwartz et al. (1999, siehe hinten) zeigt deutlich die Wirksamkeit und die Akzeptanz dieser Behandlung und hat u.a. zur Verbreitung der Methode in den USA geführt.

Eine Reihe kontrollierter RCT-Studien wurden dazu publiziert, beschrieben in Evidence for NADA-Protocol... (siehe Ryan Bemis, ins Deutsche übersetzt von Kai Baudis). Die Mehrzahl der Studien kommt zum Ergebnis der Wirksamkeit des NADA-Protokolls: beim Opiatentzug (Washburn,1993; Wen, 1973), beim Kokainentzug (Margolin, 1993; Lipton, 1994; Avants, 1995, Bullock, 1999), beim Alkoholentzug (Bullock, 1989) und beim Zigarettenentzug (Bier, 2002). Eine Verminderung des Drogenkonsums, eine verbesserte Haltequote im Therapieprogramm und eine signifikante Abnahme von Entzugssymptomen (auch Schlafstörungen) zeigt eine RCT-Studie vom Karolinska-Institut Stockholm (Berman, 2004). Entgiftungsprogramme sind effektiver bei der zusätzlichen Anwendung des NADA-Protokolls (Shwartz, 1999; Verthein, 1999). Eine weitere Arbeit zeigt die Wirksamkeit sogar in der offenen Drogenszene von Vancouver. Die Ergebnisse sind im renommierten Journal of Public Health dargestellt (Janssen, 2005).

Daneben gibt es Studien, die keine Evidenz beweisen konnten (Margolin, 2002 in JAMA; Bullock, 2002). Entweder zeigte sich der verbessernde Therapieeffekt der Akupunktur nicht signifikant oder eine "Scheinakupunktur" hatte den gleichen Effekt wie "richtige" Akupunktur.

Da die meisten Suchtpatienten auch unter Depressionen zu leiden haben, sind die Studien zur Wirksamkeit von Akupunktur bei mittleren (Eich, 2000) und schweren Depressionen besonders interessant. Eine Metaanalyse von 20 (!) RCT-Studien bei über 3500 Patienten kommt zu dem Ergebnis, dass wiederholte Akupunktur bei Depressionen genauso wirksam ist wie die Einnahme von Antidepressiva, ohne dass Patienten die bekannten unerwünschten Wirkungen in Kauf nehmen mussten (Zhang, 2009). Die Wirksamkeit war um so stärker je öfter akupunktiert wurde.

Einige Grundlagen der Chinesischen Medizin

Akupunktur ist eine wichtige Komponente der Chinesischen Medizin (CM). Die Theorie der traditionellen Behandlung bezieht sich nicht auf eine neurobiochemische Erklärung durch Neurotransmitter, sondern stützt sich auf drei Phänomene, die bei allem Lebendigen zu beobachten sind:

- 1. Eine universelle Kraft, die alles bewegt: Qi.
- **2.** Das Prinzip von **YIN und YANG**. Das meint, dass alle Erscheinungen dual sind, "jedes Ding hat seine zwei Seiten": zB warm kalt, oben unten, trocken nass, dunkel hell.
- **3.** Die Lehre von den **fünf Organen**, die den Körper und seine Grundfunktionen steuern. Wir nennen sie im Westen auch die Lehre der fünf Funktionskreise.

Zu 1. QI ist die Grundlage allen Lebens. Qi treibt Körper, Seele und Geist an, ist die Quelle aller Bewegung, Umwandlung, Stoffwechsel und Abwehr und kennt keine Trennung zwischen Körper, Seele und Geist. Wir fühlen uns gesund und wohl, wenn wir 1. genügend neues Qi nachgebildet wird (in Substanz- und Energieform) und wenn 2. das Qi leicht und geschmeidig in unserem Körper zirkuliert und ausgeglichen die Organe funktionieren lässt.

Akupunktur und alle anderen Methoden der Chinesischen Medizin (CM oder TCM) sollen entweder das Qi wieder in Fluss zu bringen oder es wieder aufzufüllen. Man verwendet inzwischen auch den Begriff der QI-Medizin, weil das Behandlungsprinzip nicht nur in der CM vorkommt.

Zu 2. Yin und Yang existieren nicht absolut, sie bedingen einander. Freude (Yang) gibt es nur, weil es auch Trauer (Yin) gibt. Ein Oben (Yang) gibt es nur, wenn es auch ein Unten (Yin) gibt. Helligkeit, etwa der Tag (Yang) existiert und entwickelt sich aus der Nacht, der Dunkelheit (Yin) heraus. Erde ist Yin im Verhältnis zum Himmel (Yang). Reines Yin oder Yang gibt es nicht im Leben. In jedem Yin ist immer etwas Yang und umgekehrt. Das macht die Sache dynamisch: alles ist in ständigem Wechsel. Der Organismus gerät ständig (durch äußere Einflüsse oder innere) aus dem Gleichgewicht und versucht permanent ein Gleichgewicht wiederherzustellen. Krankheiten werden in diesem Sinn als zu starke Ungleichgewichte von Yin und Yang betrachtet: als Mangel an Yin- oder Yangfunktionen oder als Überflutung von Yin- oder Yangfunktionen.

Bei unseren Klienten finden wir oft aufgrund von jahrelangem "Raubbau" an der Substanz einen Mangel an Yin-Funktionen: das meint einen Mangel an innerer Ruhe, an körperlicher und seelischer Stabilität und festen Strukturen.

Akupunktur soll uns dann nach und nach dabei helfen, unsere Yin-Funktionen, unsere Substanz, Stabilität und Struktur (auch psychosozial gesehen) wieder aufzubauen und das überschüssige Yang loszulassen. Das bewirkt u.a. besseren Schlaf in der Nacht und bessere Konzentration am Tag.

3. Die Lehre von den fünf Organen. Qi zirkuliert und fließt im gesamten Organismus, ernährt den Körper und ermöglicht, dass unsere körperlichen, seelischen und geistigen Fähigkeiten in den fünf Funktionskreisen genügend Kraft haben. Die Yin-Organe heißen: Niere, Leber, Herz, Milz und Lunge. Die entsprechenden Yang-Organe heißen Blase, Galle, Dünndarm, Magen und Dickdarm. Jedes Organ hat seine Funktionen auf körperlicher, seelischer und auf geistiger Ebene.

Wenn die Chinesische Medizin ein Organ als "Leber" bezeichnet, dann meint das nicht nur das große, rote Organ im rechten Oberbauch, sondern auch unsere Fähigkeit etwas zu planen, zu entscheiden und – auch körperlich - durchzusetzen, etwa die körperlich-seelische Kraft uns zu wehren und zu verteidigen. Für unser Durchsetzungsvermögen brauchen wir ein gewisses Maß an Aggression, eine geschmeidige, elastische Muskulatur, unblockierte Emotionen und Entschlossenheit. Aufgestaute Emotionen führen zu Verkrampfungen, etwa einer Neigung zu steifem Nacken und lassen – zunächst verdeckt – unpassende Aggressivität entstehen, etwa Zorn ("Laus über die Leber gelaufen...").

"Niere" erneuert unsere Kraft, etwa auch zur Rehabilitation nach Phasen der Schwäche oder unsere Willenskraft als Beharrlichkeit und in akuten Situationen wach zu sein und zu überleben (physiologische Angstreaktionen, westliche Medizin: Cortisol, Adrenalin). Viele Patienten haben lange Geschichten von traumatisierender Angst und zerstörerischer Gewalt hinter sich. Das schädigt die "Niere" und macht sie schwach: es ist ihnen "an die Nieren gegangen". Folge: Dauernde Ängstlichkeit, Strukturverlust. "Niere" sichert auch unsere Fortpflanzungsfähigkeit und Fruchtbarkeit sowie die Entwicklung vom Embryo bis zur Geburt (unsere Menschwerdung).

"Milz" ist unser körperlich-seelisches "Verdauungsorgan". Sie hat die Fähigkeit zum "Verdauen" von allem, was wir in unseren Organismus aufnehmen, um daraus neue Kraft und Substanz zu schöpfen, von Speisen wie von Lebenseindrücken. Sie ist zuständig für unser

Körperbild, für die "Erdung" von Körper, Seele und Geist. Sie bildet gewissermaßen (zusammen mit unserem vegetativen Regulationssystem im Bauch) unsere Mitte.

"Lunge" steht außer mit der Atmung und der Ausscheidung von verbrauchtem Qi mit dem Gefühl der Trauer in Verbindung. Richtige Trauer stärkt uns, sie schwächt uns nicht. Ermöglicht uns, etwas hinter uns zu lassen, abzuschließen, aufzugeben und erst damit etwas Neues entstehen zu lassen.

"Herz" steuert nicht nur unseren Kreislauf, sondern stärkt Geist und Seele. Es öffnet uns für andere und für Kommunikation, zB. durch unsere Sprache. Ein gutes "Herz" bringt gesunden Lebensmut mit sich, wir sind "beherzt", mit starkem Überlebenswillen. Wenn "Herz" in Schwäche gerät, führt das oft zu geistiger Verwirrung, zu Störungen der Sprache und kann auch zu manischem Verhalten (Überschuss) führen.

Ohrakupunktur - vom Teil zum Ganzen

Gleich mehrere Systeme wurden entdeckt, von denen aus sich der menschliche Organismus durch Akupunktur beeinflussen lässt. Das älteste System ist die Körperakupunktur mit ihren etwa 365 Punkten auf den Meridianen oder besser Kanälen. Die Punkte, die gestochen werden, sollen wie Schleusen öffnwn oder schließen wie in einem Kanalsystem und den Qi-Fluss regulieren.

Daneben gibt es "Mikrosysteme": Durch einen Nadelstich von einem kleinen Teil des Körpers kann eine Regulation verschiedener Körperregionen ausgelöst werden. Mikrosysteme wurden am Ohr, an der Hand, am Fuß, im Mund und am Schädel entdeckt. Die meisten Erfahrungen bei der Suchtbehandlung gab es bisher mit der Ohrakupunktur. Die "Akupunktur nach dem NADA-Protokoll" verwendet Ohrakupunktur. Man kann nicht behaupten, dass diese fünf Punkte die besten wären. Es gibt zahlreiche andere Ohr- oder Körperpunkte, die eine Wirkung beim Alkohol- und Drogenentzug und bei psychiatrischen Erkrankungen besitzen. Die fünf Ohrpunkte sind allerdings einfach zu stechen, weil sie kleine Areale darstellen, sind ungefährlich, wirksam und werden auch von "schwierigen" Patienten gut akzeptiert, und sie sind seit langer Zeit im Gebrauch.

Bei einem anderen System der sog. "französichen Ohrakupunktur" (nach Dr. Nogier), bedarf es einer millimetergenauen Lokalisation eines Punktes z.B. mit einem Punktsuchgerät oder der sogenannten "very-point-Technik" nach Gleditsch. So kann z.B. eine Blockade im Hüftgelenk durch einen exakten Nadelstich gelöst werden. Eine Muskelblockade führt Minuten später zu einer messbaren Veränderung der Projektionszone an der Ohrhaut: Der elektrische Widerstand der Haut nimmt ab und kann gemessen werden und der Punkt wird überempfindlich.

Diese Art der Ohrakupunktur setzen wir bei der "Behandlung nach dem NADA-Protokoll" nicht ein. Ohrakupunktur spielt in allen Programmen zur akupunkturgestützten Suchtbehandlung eine wichtige Rolle. Durch einen Stich in das Areal "Shen Men" (Tor zur Seele) kommt es oft innerhalb von Minuten zu körperlicher und seelischer Entspannung und zu besserer Konzentration.

Die Erfahrung von nunmehr über 40 Jahren zeigen, dass das NADA-Protokoll eine breite **regulierende Wirkung auf unser vegetatives System** (Sympathikus, Parasympathikus, das endokrine System u.a.) hat.

Das Ohr hat in der Chinesischen Medizin eine enge Beziehung zum Organ oder

Funktionskreis "Niere". Das Ohr hat wegen seiner passiven Hörfunktion ebenfalls starken Yin-Charakter. Das Ohr ist nach der Lehre der Chinesischen Medizin der Öffner zur Niere und hat daher einen direkten Einfluss auf die "Nierenfunktionen". Das sind wie beschrieben: Regeneration, Wiederbelebung des Willens, Herstellen von Strukturen und Überwindung von Ängstlichkeit. Nicht nur bei der Suchtbehandlung geht es darum, geschwächte, gestresste oder "ausgebrannte", oft traumatisierte und psychisch kranke Menschen, mit welchen Symptomen auch immer, zu rehabilitieren. Dazu sind in vielen Fällen neben der Akupunktur andere therapeutische Methoden erforderlich. Sie werden – auch das ist die Erfahrung nach über 40 Jahren – von akupunktierten Patienten leichter akzeptiert und besser durchgehalten.

Sucht aus Sicht der Chinesischen Medizin: "Leeres Feuer".

Chronischer Alkohol- oder Drogenmissbrauch, zwanghaft süchtiges Verhalten und der dadurch geprägte, wechselhafte Lebensstil führen dazu, dass auf Dauer mehr Qi verbraucht als neues aufgebaut wird. Dabei gehen körperliche und psychosoziale Strukturen verloren: Die Substanz der Organe, der ruhige innere Tonus, aber eben auch die Wohnung, menschliche Beziehungen, Familienbeziehungen und die Arbeit. Das QI verliert gewissermaßen den Boden unter den Füßen. Grundsatz: "Ein schwaches Yin kann das Yang nicht halten." Das begünstigt "Hitzesymptome" wie Hektik, innere Unruhe, Willensverlust, Schlaflosigkeit, Infektionen, Aggressivität in Kombination mit Depressionen.

Dieser Yin-Mangel, der zum Exzess von Yang-Funktionen führt wird in der Chinesischen Medizin als "Leeres Feuer" bezeichnet: Ein Feuer, das nicht wärmt (ein kaltes Feuer).

Ablauf der Behandlung - gelassen und strukturiert

Der Patient wird vor der ersten Behandlung informiert. Ihm werden die Regeln für die Behandlung mitgeteilt: der Umgang mit Nadeln, Desinfektion der Ohren, die empfohlene Dauer der Behandlung, während der Sitzung nicht zu essen, nicht zu trinken, eher in Ruhe zu sitzen, die Häufigkeit der Behandlung. Die Antwort auf Fragen nach Schmerz oder Gefahren.

Wenn ein Klient zu unruhig ist (Prädelir, kann er auch ohne Vorgespräch akupunktiert werden, wenn er zustimmt. Wenn ein Klient Angst vor der Behandlung hat, kann er sich in den Behandlungsraum setzen und ohne Nadeln sehen, was hier passiert. Das ist einer der Vorteile des Gruppensetting.

Der Klient säubert sich mit Hautdesinfektionsmittel beide Ohrmuscheln und setzt sich in einen Behandlungsstuhl. Effekt und Haltequote scheinen um so besser zu sein, je mehr Patienten an den Sitzungen teilnehmen. Sitzen ermöglicht ängstlichen Patienten das Gefühl von Kontrolle zu behalten. Sitzen gibt Struktur und erleichtert dem Akupunkteur die Behandlung. Bei Ohrakupunktur muss sich niemand ausziehen oder "freimachen". Der Akupunkteur fragt: "Sind Sie bereit?" Er bittet ihn den Kopf so zu drehen und zu halten, dass er als Akupunkteur die Areale gut sehen kann. Und dann gibt er ihm rechts und links je 3-5 Nadeln. Er kann dem Klienten anfangs durch die Behandlung helfen, indem er ihn vor dem Stich gegen-atmen lässt.

Etwa 30-45 Minuten dauert eine typische Sitzung. Die Patienten sollen nicht mit den Nadeln umherlaufen. Sie können sich die Nadeln danach selbst ziehen.

Schmerzen. Die Nadelung kann einen kurzen Schmerz verursachen, aber manche Stiche werden kaum bemerkt. Die Nadel sitzt etwa 2 mm tief und haftet gerade im Knorpel. Wenn der Patient seine Nadeln bekommen hat, soll später keine Nadel andauernd Schmerzen

bereiten. Schmerzen liegen eher nicht an falscher oder ungeschickter Akupunktur, sondern daran, dass in der Nähe der Nadel ein kleines Blutgefäß unter der Haut liegt oder eine Nervenendigung.

Kontraindikationen: Es gibt keine. Also darf jeder, der darum bittet, mit Ohrakupunktur behandelt werden. Immer vorausgesetzt, die Regeln der Hygiene, der guten Technik und die rechtlichen Vorraussetzungen (ärztliche Verantwortung und Delegation) werden eingehalten. Es sei betont, dass auch Patienten mit "Doppeldiagnose", Schizophrenie, polyvalentem Drogengebrauch, hoher Methadondosis, Gebrauch von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln, Epilepsie in der Anamnese und auch Schwangere behandelt werden dürfen: Keiner der fünf Punkte ist in der Schwangerschaft "verboten" (siehe Raben, 2004).

Magnetperlen und Akupressurpflaster - eine Alternative zur Nadel

Die Akupunkturpunkte des NADA Protokolls können auch durch nicht verletzende Stimulation des Ohres behandelt werden, wenn man keine Nadel setzen will oder kann. Dazu können kleine Samenkörner (seeds) oder Metallkügelchen (beads = Perlen), die mit einem Minipflaster befestigt sind, auf das Hautareal aufgeklebt werden und etwa eine Woche verbleiben können, um dann ausgetauscht zu werden. Das ist bei allen Punkten außer Vegetativum möglich.

Solche Magnetperlen wurden im NADA-Protokoll typischerweise auf den Shen-men-Punkt geklebt, zunächst um Behandlungspausen am Wochenende zu überbrücken. In den 1990er Jahren fand man heraus, dass sich Magnet-Akupressur-Pflaster auf Shen-men hervorragend zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen eignen, etwa auch bei hyperaktiven oder gestressten Kindern (siehe Pilotstudie über "Perlentherapie").

Sie werden routinemäßig zur Unterstützung in der Therapie und Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen angewandt (zB UKE Hamburg, Kinderpsychiatrie und – psychotherapie im Parkkrankenhaus Leipzig oder dem Hanseklinikum Stralsund angewandt, aber mittlerweile auch bei Erwachsenen zur Stabilisierung bei gleichzeitiger psychiatrischer Behandlung. In Österreich werden Magnetperlen-Pflaster- aus rechtlichen Gründen - in der ambulanten psychiatrischen Behandlung jetzt regelmäßig statt Nadeln eingesetzt.

NADA Protokoll - mehr als fünf Ohrpunkte

Es wäre ein Missverständnis zu glauben, dass allein die regelmäßige Akupunktur den Patienten mit Sucht- oder anderen psychiatrischen Erkrankungen heilt. Wir betonen, dass NADA auf eine kombinierte Behandlung dieser besonderen Art von Akupunktur und verbal ausgerichteter, konventioneller psychosozialer Rehabilitation setzt.

Akupunktur, und eben die Akupunktur in diesem setting ist ein wichtiger Bestandteil der ganzen Behandlung. Sie führt in der ersten Phase der Behandlung dazu, dass es dem Patient besser geht, er weniger unter seinen Symptomen von innerer Unruhe, Entzugsschmerzen, Craving oder Angst leidet und er daher für die weitere Therapie besser motiviert ist. In der zweiten Phase der Behandlung, wenn es um die Einsicht des Klienten in sein Leben und die Bereitschaft zu Veränderung geht, unterstützt Akupunktur weiterhin den therapeutischen Prozess – auch in Zwischenphasen von Mut- oder Hoffnungslosigkeit.

In der dritten Phase, wenn es um die Stabilisierung des Klienten geht, ist das NADA-Protokoll bei chronischen Erkrankungen – nicht nur bei Suchterkrankungen - eine Rückfallprophylaxe, die einfach und effektiv das therapiefreie Intervall verlängert. Im Jahr 2015 hatte NADA-Norwegen die Internationale NADA-Konferenz in Oslo unter das Motto gestellt:

"NADA: TOOLS FOR HOFE".

Und seit wenigen Monaten erleben wir etwas von dem Flüchtlingselend auf dieser Welt auch in Europa. Auch hier kann das NADA-Protokoll etwa in Erstaufnahmelagern angewandt werden, auch hier könnte es als eine Art Erster Hilfe nach den traumatischen Erlebnisse vieler Flüchtlinge ein Werkzeug werden, das Hoffnung auf Besserung signalisiert.



DOI: 10.1016/J.DZA.2012.08.003 | 11 | DT. ZTSCHR. F. AKUPUNKTUR 55, 3/2012

Akupunktur in Sucht und Psyche – ein Update Acupuncture in the treatment of addictions and mental conditions

Zusammenfassung

In den letzten Jahren haben bundesweit viele stationäre und ambulante Einrichtungen der Suchthilfe Akupunktur in ihr Behandlungsprogramm integriert und dabei festgestellt, wie vielseitig dieses relativ simple Konzept zur Behandlung Suchtmittelabhängiger genutzt werden kann, und wie bereichernd es dabei ist. Das Konzept, von dem in diesem Beitrag die Rede sein soll, ist die Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll, die durch eine hohe Wirksamkeit bei Einfachheit besticht. Mit NADA ist die "National Acupuncture Detoxification Association" gemeint, eine 1985 in New York gegründete Organisation, deren ursprüngliches Ziel die standardisierte, vorwiegend ambulante Entzugsbehandlung von Suchtmittelabhängigen mit Ohrakupunktur war. Das sogenannte Protokoll besteht aus einem Behandlungskonzept, das mehrere nützliche Aspekte beinhaltet: unter anderem die Nadelung von fünf Ohrakupunkturpunkten, die nach Kriterien der Chinesischen Medizin (Vegetativum, Shen Men, Niere, Leber, Lunge) benannt sind, und einen therapeutischen nicht-konfrontativen Behandlungsstil.

Das NADA-Protokoll wirkt wie Akupunktur generell nicht nur auf körperlicher, sondern auch auf psychisch-geistiger Ebene und bewirkt damit eine hohe Akzeptanz.

Schlüsselwörter

NADA, Akupunktur, Ohr-Akupunktur, Sucht, Abhängigkeit, Psychiatrie, Trauma

Ahstract

In recent years, acupuncture has come to play an integral role in the treatment provided by many inpatient—as well as outpatient facilities throught Germany. It has been widely acknowledged to offer a versatile and rewarding, yet at the same time simple approach in the treatment of dependency disorders. This article will focus on ear acupuncture according to the NADA protocol, a method combining high efficacy with conceptual simplicity. NADA is the abbreviation for "National Acupuncture Detoxification Association", an organization founded in New York in 1985, originally aimed at the promotion of a standardized, out-patient ear acupuncture detoxification concept. The protocol combines many useful aspects in the treatment of five ear points named according to Chinese Medicine (Vegetative I/sympagthetic, *Shen men*, kidney, liver, lung), representing a non-confrontative mode of therapy.

Like acupuncture in general, the effects of the NADA protocol are not limited to the physical, but also extend towards the psychological-spiritual level, thereby achieving a high degree of acceptance.

Keywords

NADA, acupuncture, ear acupuncture, dependency, psychiatry, trauma

Die historischen Ursprünge

Ursprünglich entdeckte der Hongkonger Neurochirurg H. Wen Anfang der 70er-Jahre die Entzugssymptome lindernde und Suchtdruck reduzierende Wirkung eines spezifischen Ohrakupunkturpunktes bei opiatabhängigen Patienten, die sich in seiner Behandlung befanden. Er hatte den Lungenpunkt eingesetzt, um die Atmungsfunktion der Abhängigen postoperativ zu verbessern. Als Nebeneffekt fiel ihm auf, dass diese Patienten vegetativ stabiler waren und weniger Craving zeigten. Wens veröffentlichte Erfahrungen [1] machte sich der New Yorker Psychiater Michael O. Smith zunutze, der ab 1976 begann, in dem von ihm geleiteten Lincoln Recovery Center in der South-Bronx hauptsächlich Opiat- und Kokain- bzw. Crackabhängige standardmäßig ambulant mit Akupunktur zu entziehen. Gemeinsam mit seinem Team erweiterte er das Punktesetting und "identifizierte" fünf für die zu behandelnde Klientel spezifisch wirksame Ohrakupunkturpunkte, die besonders gut geeignet sind, Einfluss auf Affekte, somatische und somatoforme Symptome zu nehmen. Smith machte die Beobachtung, dass Akupunktur den Patienten in die Lage versetzt, sich wohler zu fühlen, und damit den Anstoß gibt, eine allgemeine Verhaltensänderung in die Wege zu leiten. Er spricht von einer nonverbalen Methode, die schon wirkt, während der Patient Zeit hat, ausreichend Vertrauen zu entwickeln, bevor er bereit ist, dem Behandler seine Probleme zu offenbaren [2, 3]. Wer mit dem NADA-Protokoll arbeitet, stellt fest, dass eine Atmosphäre geschaffen wird, die für die Wirksamkeit psychotherapeutischer Prozesse eine wichtige Voraussetzung ist.

Stoffunspezifische Wirkung

Bezogen auf die Suchtbehandlung ist es von großem Vorteil, dass die Akupunktur nach dem NADA-Protokoll stoffunspezifisch wirkt. Somit kann nicht nur ein Heroinabhängiger erfolgreich behandelt werden, sondern ebenfalls Menschen, die von Kokain, Crack, Alkohol, Methadon, Amphetaminen, Cannabis, Nikotin und anderen Stoffen abhängig sind. Aber auch Glückspielsüchtige und "Workaholics" sind mit den Nadeln gut behandelbar. Offenbar sprechen auch Internetsüchtige auf die Behandlung an. Die Hamburger Ärztin H. Neugebauer behandelt einen seit zwei Jahren internetsüchtigen 16-jährigen Patienten, der "zunehmend Probleme hatte, ins Bett zu kommen, abgemagert und ständig müde war und spürbaren Leistungsabfall in der Schule zeigte". Der Patient, der von der Mutter begleitet zu ihr kommt, ist seit einem Jahr in psychotherapeutischer Behandlung. Er erhält begleitend ca. einmal wöchentlich



Akupunktur nach dem NADA-Protokoll, was ihm hilft, seine Sucht deutlich besser zu kontrollieren und zu begrenzen. "Er schläft wieder und hat schon an Gewicht zugenommen, geht mehr an die Luft und fährt Fahrrad." [4]

In einem Beitrag zur Behandlung von seelischen Störungen in der DZA schreibt der Hamburger Arzt und Vorsitzende der deutschen NADA-Sektion, R. Raben, dass die Akupunktur nicht gezielt gegen ein bestimmtes körperliches oder seelisches Symptom wirke, sie gebe dem Organismus lediglich einen Anstoß, etwas in seinem Inneren selbst zu regulieren, was gestört ist. Der Organismus wisse vermutlich besser als der Akupunkteur, wo und was in seinem Inneren am sinnvollsten zu regulieren sei. [5]

Indikationsbreite

So erscheint es nicht verwunderlich, dass das NADA-Protokoll mittlerweile nicht nur in der Suchtbehandlung eingesetzt wird, sondern auch für psychisch Kranke, Traumaopfer und gestresste, depressive und durch Burnout gefährdete Menschen von Nutzen ist.

- Bekannt ist, dass große Firmen in den USA pragmatisch und kosteneffektiv kalkulierend – das NADA-Protokoll zur Senkung ihrer Krankheitsraten einsetzen. Fluggesellschaften nutzen Akupunktur zur Regenerierung ihres Flugpersonals.
- In vom Krieg verwüsteten Gebieten in Ostafrika ermöglicht die Behandlung eine psychische Stabilisierung der traumatisierten Menschen in den Flüchtlingslagern. [6]
- Betroffene mit posttraumatischen Belastungsstörungen nach dem Anschlag auf das World Trade Center 2001 in New York und nach dem Hurrikan Katrina 2005 in New Orleans wurden unmittelbar danach wirkungsvoll mit dem NADA-Protokoll behandelt.
- In England wird die Akupunktur der fünf Ohrpunkte in 130 Gefängnissen eingesetzt. Das Programm wurde ausgedehnt, nachdem eine 80-prozentige Reduktion körperverletzender Ereignisse verzeichnet worden war. [7–9]
- 1999 wurde im Lincoln Hospital eine besondere, einfache Art von Akupressurbehandlung für Kinder und Jugendliche entwickelt ("Perlentherapie"). Sie wurde in einer Pilotstudie an verhaltensauffälligen Kindern mit Hyperaktivität (ADHS) und/oder Konzentrationsschwäche (ADS) getestet und für effektiv befunden. NADA möchte diese Art einer ergänzenden Behandlung auch in Deutschland etablieren und damit Kinder, Eltern, TherapeutInnen und ÄrztInnen unterstützen. Wirkungen: körperliches Wohlgefühl, Entspannung, verbesserte Konzentration, Gefühl innerer Stabilität, Minderung von Ängstlichkeit, Regulation von Schlafstörungen, leichtere Bewältigung von Stress. [10] Die eigene klinische Erfahrung zeigt, dass auch Erwachsene von dieser Behandlungsform deutlich profitieren.

Entwicklung in Deutschland

In Deutschland hatten in den 80er- und 90er-Jahren vereinzelt Einrichtungen begonnen, Akupunktur in der Suchtbehandlung einzusetzen, so in der Bernhard-Salzmann-Klinik in Gütersloh. Dort begann der damalige Leiter Hans G. Marx, seine Patienten mit Körperakupunktur von Alkohol und Medikamenten zu entziehen. Seine Erfahrung: Akupunktur mache eine von Psychopharmaka weitgehend freie Entgiftung möglich. [11]

Auch der Frankfurter Arzt M. Ramloch-Sohl bot Suchtpatienten im Gesundheitsamt die Möglichkeit zum ambulanten Ent-



Abbildung 1

zug mit Akupunktur an. Seine durchweg positiven Erfahrungen veröffentlichte er 1984 in der damaligen Zeitschrift "Suchtgefahren". [12]

Trotz vieler guter, zum Teil auch veröffentlichter Ergebnisse, die damals noch auf wenig Resonanz im Suchthilfesystem stie-Ben, fielen die meisten Projekte häufig in einen Dämmerschlaf, nachdem die sie initiierenden und aufrechterhaltenden Persönlichkeiten die Einrichtung verlassen hatten.

Erfahrungen aus der Fachklinik Bokholt

Einen neuen und nachhaltigen Impuls erhielt die Suchtakupunktur 1991 mit der Eröffnung der Fachklinik Bokholt, damals unter dem Namen Reha-Klinik Agethorst. Nach Erfolg versprechenden Kontakten mit M. O. Smith in New York und E. Oudemans aus dem Entzugszentrum der Jellinek-Klinik in Amsterdam entschied man sich für einen Drogenentzug ausschließlich mit Akupunktur. Die Klinik ließ sich von einem Londoner NADA-Trainer im NADA-Konzept trainieren und begann, aufgenommene Patienten mit Akupunktur zu behandeln. Über den Erfolg waren die Mitarbeiter selbst überrascht.

Der weitgehende Verzicht auf Medikamente, vor allem von Opiatersatzmitteln, machte es allerdings nötig, zusätzlich Körperakupunktur einzusetzen, um angemessen Einfluss auf alle auftretenden Entzugssymptome nehmen zu können. Das NADA-Protokoll ist vor allem wichtig, um das im Entzug meist vorhandene Suchtverlangen zu minimieren und um die Patienten schnell in ein psychovegetatives Gleichgewicht zu bringen. Mit dem zusätzlichen Einsatz von Körperpunkten ist es, je nach Indikation, möglich, während eines Entzuges häufig auftretende Beschwerden wie Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Rücken- und Kopfschmerzen, Zittern der Beine, Schlafprobleme, Krampfbereitschaft und andere körperliche Symptome gut zu beeinflussen. [13]

Mehr als 10.000 Patienten wurden seither auf diese Weise in der Fachklinik Bokholt entzogen, und die Ergebnisse sind sehr zufriedenstellend. Auch wenn die beobachtete und allgemein bekannte suchtdrucksenkende Wirkung der Akupunktur empirisch bisher nicht nachweisbar ist, fällt doch eine bemerkenswert hohe Haltequote (über viele Jahre knapp unter 90 Prozent) auf. Die überwiegende Mehrheit der Patienten ist vom Behandlungseffekt positiv überrascht. Von den nachbehandelnden Einrichtungen gibt es überwiegend positive Rückmeldungen in Bezug auf das Entzugsergebnis. Restsymptome oder Nachhangeffekte – wie bei opiatgestützten Entzügen üblich – treten nur in seltenen Fällen auf, und die Patienten zeigen sich offener für therapeutische Prozesse.

Meinungen Betroffener der Klinik Bokholt

Im Rahmen einer hausinternen Befragung berichten Patienten über ihre Erfahrungen: "Während der Akupunktur bin ich ruhig und sehe oft bildhafte Erinnerungen von Situationen und Menschen. Dabei entstehen oft intensive Gefühle, die mich aber nicht im negativen Sinn überwältigen."

"Sie hat den 'kalten Entzug' erträglicher gemacht, aber auch zu mir selbst eine Tür geöffnet, hinter der meine Emotionen gefangen waren. Ich konnte nach einer gefühlten Ewigkeit mal wieder weinen." "Es erdet mich auf eine gewisse Art und Weise und ermöglicht es mir, Gefühle zuzulassen, auch wenn sie negativ sind und mich zum Weinen bringen (...). Hinterher fühle ich mich regenerierter, frischer und wacher. Es fühlt sich an wie eine "geistige Dusche"." "Ich hatte das Gefühl, den inneren Druck abbauen zu können (...). Bei Schmerzen und Depressionen war es auch immer hilfreich, eigentlich bei fast allen Beschwerden, die man haben kann. Und auch über das Gefühl, "dass die ganzen schlechten Gedanken sowie der Suchtdruck meinen Körper über die Einstichstellen verlassen haben", wird berichtet. Dieses Gefühl sei anfangs besonders intensiv gewesen.

Und wichtig ist auch diese Erkenntnis: "Ich könnte mir vorstellen, dass Akupunktur mich in einer Krisensituation vom Konsum abhält, da ich mich dabei entspanne, besinne und mich das dann wieder klar denken lässt."

Viele Patienten spüren eine deutliche Reduzierung des Suchtverlangens und eine erhöhte Bereitschaft, sich auf die Therapie einzulassen.

Ergebnisse aus Studien und Umfragen

Auch aus den unzähligen Einrichtungen, die mittlerweile in Deutschland nach dem NADA-Protokoll arbeiten, kommen Berichte, die "ein stark positives Bild" zeigen [14].

- Im Beratungs- und Behandlungszentrum "Die Hummel" des Suchttherapiezentrums Hamburg werden seit 1998 Alkoholund Medikamentenabhängige ambulant nach dem NADA-Protokoll entzogen. Das Projekt wurde von der Medizinischen Psychologie des Universitätskrankenhauses Eppendorf wissenschaftlich begleitet. Während eines Vortrags im Rahmen einer NADA-Fachtagung 2007 in Hamburg wurde über gute Erfahrungen bei Angst, Depressionen und anderen psychischen Problemen berichtet. Mit Akupunktur sei eine gute Stabilisierung in Krisensituationen zu erreichen. "Es ist außerdem eine gute prophylaktische Schutzbehandlung, die viele Menschen zum Entzug motiviert. Von den jährlich 900 ,Hummel-Klienten' lassen sich 200 mit den Nadeln behandeln." [15]
- In einer aktuellen Publikation des AMEOS Klinikums Haldensleben ist zu lesen, dass "beste Erfahrungen mit der Akupunktur gemacht (werden). Nach den jeweils drei Behandlungen pro Woche sind die Frauen und Männer deutlich ruhiger, sie fühlen sich besser und ausgeglichener. Die Ohrakupunktur kann die Entzugssymptome (...) zwar nicht gänzlich beseitigen, aber deutlich mildern." [16]
- Dass auch Patienten mit Angststörungen und Menschen mit Traumata auf die Behandlung gut ansprechen, ist eine Erkenntnis, die sich zunehmend durchsetzt. "Die Erfahrung zeigt, dass die Behandlung Patienten nach Stresssituationen ausgeglichener macht, dass sie Stress besser aushalten können, dass vegetative Störungen abnehmen und dass sie offener werden für Therapie und Rehabilitation." [5]

- In der forensischen Abteilung des Asklepios-Klinikums Nord (Hamburg-Ochsenzoll) wird seit mehr als sechs Jahren das NADA-Protokoll eingesetzt. An die 80 Mitarbeiter (davon zehn Ärzte) wurden in der Methode ausgebildet. Die Wirkung helfe vielen Patienten vor allem in heftigen Spannungszuständen. Viele kämen von sich aus und fragten nach der Behandlung. Ihnen tue die Akupunktur ganz offensichtlich gut; sie könnten sich besser aushalten und von negativem Selbsterleben distanzieren. Ein über lange Zeit mit Tavor behandelter Patient konnte schließlich mit Unterstützung von Akupunktur entzogen werden. [17]
- Auch bei der Bundeswehr hat das NADA-Protokoll Einzug gefunden. Der am Hamburger Bundeswehrkrankenhaus tätige Oberfeldarzt und Facharzt für Psychiatrie und Psychotraumatologie V. Eisenlohr schreibt in seiner Vorankündigung zu einem Vortrag für eine NADA-Fachtagung 2012, dass "vor dem Hintergrund zunehmender Komplexität und gesteigerter Intensität der militärischen Auslandseinsätze in den letzten Jahren eine stetig zunehmende Zahl behandlungsbedürftiger Traumafolgestörungen" zu verzeichnen sei. Im Rahmen eines multimodalen Behandlungssettings komme am Bundeswehrkrankenhaus Hamburg seit 2011 auch Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll ergänzend zur Anwendung. [18]
- In einer explorativen Studie von 2007 aus den Psychiatrischen Kliniken Basel wird geschlussfolgert, dass bei allen PatientInnen die Verbesserungen in den erfassten Beschwerden überwiegen, wobei zum Teil große Effekte festzustellen seien. Gut behandelbar seien Angstgefühle, Unruhe, Schwitzen und Verspannungen. Als Verschlechterung wurde interessanterweise zunehmende Müdigkeit gesehen. Diese Wirkung ist durchaus zu erwarten, wenn man berücksichtigt, dass die Patienten, die behandelt werden, aufgrund ihrer bisherigen Lebensweise massivem Stress ausgeliefert waren. Unter der Akupunktur ist die Erschöpfung plötzlich spürbar und wird natürlich nicht als angenehm empfunden. [19]
- In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU München ist eine Pilotstudie angelaufen, in der es um Machbarkeit, Praktikabilität und Effektivität von Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll geht. Ärzte und Pflegekräfte wurden geschult, und zunächst wird auf der Psychotherapiestation untersucht, ob die Dosis von Psychopharmaka durch die Ohrakupunktur verringert werden kann, ebenso ob depressive Symptome, Schlafstörungen und Angststörungen verbessert werden können. [20]
- Um herauszufinden, ob es auch Nachteile der Behandlung gibt, führte die NADA 2011 in ihren Mitgliedseinrichtungen eine interne Umfrage zu möglichen Nebenwirkungen und Komplikationen durch. Es wurde kein einziger Fall gemeldet, in dem aufgrund der Ohrakupunkturbehandlung eine medizinische Versorgung erforderlich war. Andere Kliniken und ambulante Einrichtungen, die die NADA trainiert hat und in denen mittlerweile viele tausend Patienten behandelt wurden, berichteten auf Nachfrage oder auf Fachtagungen, dass es weder nachteilige Nebenwirkungen noch Komplikationen gibt. Auch nicht solche, wie sie in manchen Lehrbüchern beschrieben werden, die offensichtlich aber nicht die Realität abbilden. So sind die immer wieder warnend hervorgehobenen Knorpelschäden, wenn sie überhaupt durch Ohrakupunktur ausgelöst wurden, extrem selten und kön-



nen durch sachgemäße Behandlung wie Ohrdesinfektion vermieden werden. Auch Psychosen und Schwangerschaften gelten nicht mehr als Kontraindikation. [21]

Nachweisbarkeit der Wirkung

Da Akupunktur in der Tiermedizin einen hohen Stellenwert hat, ist die Glaubensfrage eher zu vernachlässigen. Es gibt wissenschaftliche Untersuchungen, die eine Verbindung zwischen Akupunktur und der Produktion von endogenen Opiatpeptiden (u. a. Beta-Endorphin und Met-Enkephalin) herstellen [22]. Es findet sich "eine beträchtliche Literatur, die besagt, dass Akupunktur eine Vielzahl von neurochemischen und anderen physiologischen Wirkungen besitzt." [23]

Der Wunsch ist groß, die Wirkung des NADA-Protokolls, ja überhaupt der Akupunktur, wissenschaftlich nachzuweisen. Allerdings ist zu befürchten, dass die Ergebnisse wenig aussagekräftig sein werden. Dies trifft ebenso auf Vergleichsstudien mit Nicht-Akupunktur-gestützten Behandlungsprogrammen zu, da die Wirkung der Akupunktur häufig nur mittelbar zum Ausdruck kommt. Dass ein Patient sich besser und stabiler fühlt, ist nicht eindeutig und ausschließlich der Akupunktur zuzuschreiben. Wie schon Klaus Grawe [24] bei psychotherapeutischen Verfahren konstatiert hat, ist ebenfalls bei der Akupunkturbehandlung die Beziehungsgestaltung zwischen Patient und Behandler von besonderer Bedeutung. "Es scheint naheliegend, dass Akupunktur, kombiniert mit Beratungsgesprächen, wirksamer ist als Akupunktur allein. Befürworter der Akupunktur haben immer betont, dass beratende Hilfen unerlässlich seien, um eine gute und nachhaltige klinische Besserung zu erzielen." [25] Ein Patient berichtet: "Ich habe nicht das Gefühl, einfach nur genadelt zu werden, sondern spüre eine gewisse Zuwendung durch die Mitarbeiter. Das vermittelt mir Sicherheit und Wärme." [26]

Anwendungsbereiche

Im Gegensatz zur Akupunkturbehandlung im Rahmen der Chinesischen Medizin, zu der vor allem auch eine spezielle und umfangreiche Diagnostik gehört, handelt es sich bei dem NADA-Protokoll um eine Methode, deren Anwendung sich auf eine einzige Problematik bezieht, die einen überwiegend sozialpsychiatrischen Aspekt beinhaltet. Zielgruppen sind Drogen- und andere Suchtmittelabhängige, Traumaopfer, Menschen mit schweren psychischen und psychiatrischen Symptomen, Obdachlose - also Menschen, die unter einer "Leere(stress)symptomatik" leiden, weil innere Ängste, Existenzängste, Traumatisierungen und Perspektivlosigkeit zu einer Form des Ausgebranntseins geführt haben. Es sind Menschen, die dem "normalen" Medizinbetrieb meist wenig zugänglich und finanziell benachteiligt sind. Gerade für diese Menschen ist das NADA-Protokoll besonders geeignet. Es ist niedrigschwellig einsetzbar, wirkt schnell, effektiv und offensichtlich sogar nachhaltig und ist vom Materialaufwand her sehr kostengünstig.

Es ist nicht anzunehmen, dass das NADA-Protokoll in einer allgemeinärztlichen Praxis regelmäßig und preisgünstig für die beschriebene Klientel angeboten werden kann. Hauptsächlich wird das NADA-Protokoll von Pflegekräften in den Kliniken und von Sozialarbeitern, Sozialtherapeuten und Psychologen in den ambulanten Einrichtungen und den regionalen Beratungsstellen eingesetzt. Dies ist umso wichtiger, als eine absti-



Abbildung 2

nenzerhaltende Akupunkturbehandlung auf diese Weise auch in Landregionen umgesetzt werden kann, eben nicht nur in den von niedrigschwelligen Behandlungsangeboten schon bevorteilten Ballungsgebieten. Die Methode ist einfach zu erlernen, sodass ganze Behandlungsteams sie nach einer Schulung im Klinikbetrieb oder in der Ambulanz sofort umsetzen können.

Organisatorische Entwicklung

Die NADA ist mittlerweile in vielen europäischen und außereuropäischen Ländern vertreten. Der deutsche Zweig wurde 1993 gegründet, die NADA-Austria 2006. In fast 20 Jahren wurden in Deutschland mehrere Tausend Krankenschwestern, Krankenpfleger, Ärzte und Mitarbeiter anderer Berufsgruppen im NADA-Protokoll ausgebildet. Mehr als 40 Kliniken und psychotherapeutische Einrichtungen sind Mitglied in der NADA und lassen regelmäßig ihre Teams schulen oder supervidieren. Dabei handelt es sich nicht nur um Einrichtungen der Suchthilfe. Es sind auch psychiatrische, psychosomatische, geriatrische und forensische Krankenhausabteilungen, Rehakliniken, Kinderhospize, Justizvollzugsanstalten und z. B. die Arbeitsmedizinischen Dienste Hamburger Behörden, die das NADA-Protokoll nutzen. Die Ausbildung findet an zwei Wochenenden statt und kann anschließend, wenn die rechtlichen Voraussetzungen abgeklärt sind, sofort im Rahmen des Behandlungskonzepts umgesetzt werden. Ein zusätzlicher Praxis- und Supervisionsteil führt zur Erlangung eines Zertifikates, das alle zwei Jahre verlängert wird.

Suchtdruck senken - Abstinenz unterstützen

Für die Suchthilfe lässt sich zusammenfassend sagen, dass sich in vielen Alkohol- und Drogenentzugseinrichtungen, Suchtberatungen und ambulanten Therapieeinrichtungen sowie Sucht-Rehaeinrichtungen das NADA-Protokoll etabliert hat. Vor allem während der Entzugsbehandlung lassen sich auftretende Symptome mildern. Das ermöglicht dem Patienten, sich psychisch zu öffnen. Damit gelingt es, schon während einer relativ kurzen Entzugsdauer Betroffene in Kontakt mit sich selbst zu bringen und die hervortretenden Erinnerungen, Lebensereignisse und Affekte für den Heilungsprozess zu nutzen. "Michael Smith hat hierfür den Begriff der 'healing-crisis' geprägt, des Übergangs eines vollständigen körperlichen Ungleichgewichts zu einem Zustand wiedererlangter Gesundheit." [27] Die durch-

ORIGINALIA ORIGINAL ARTICLES

W. WEIDIG AKUPUNKTUR IN SUCHT UND PSYCHE - EIN UPDATE

gängig beobachtete Möglichkeit, mit den Nadeln den Suchtdruck nachhaltig zu senken, ist vor allem für den ambulanten Hilfesektor von besonderem Interesse. Wenn es gelingt, Patienten nach einem Entzug ambulant weiter zu akupunktieren, kann ihnen das helfen, abstinent zu bleiben.

Akupunktur hat das Problem, dass sie von einer uninformierten bzw. vorurteilsbeladenen Öffentlichkeit nach wie vor als "unwissenschaftlich" und nicht "evidenzbasiert" gilt. Auch wenn viele Suchteinrichtungen mit dem NADA-Protokoll arbeiten und von seiner Wirkung überzeugt sind, zögern noch viele Behandler, dieses Konzept sowohl intern als auch in der Fachöffentlichkeit zu betonen und zu diskutieren. Der Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V. (,buss'), der als bundesweiter Fachverband derzeit 130 stationäre Einrichtungen zur Behandlung und Betreuung suchtkranker Menschen (Alkohol, Medikamente, Drogen, Spiel- und Onlinesucht sowie Essstörungen) vertritt, hat das Potenzial der Suchtakupunktur erkannt und bietet ihr seit Jahren auf seinen Tagungen ein Forum.

Zu wünschen ist, dass auch andere Verbände, insbesondere die Pflegeverbände, das Thema fördern. Denn vor allem die Pflegekräfte identifizieren sich mit der Methode und erkennen darin eine effektive Möglichkeit für eigenständiges Handeln, was zu einer großen Kohärenz innerhalb der Klinik und zu einer gehobenen "corporate identity" führt. Und dieses dient letztlich denen, für die die Methode entwickelt wurde: den Patienten.

Literatur

- 1. Wen H, Cheung S. Treatment of drug addiction by acupuncture and electrical stimulation. Asian Journal of Medicine 1973;9:138-41
- 2. Smith MO. Acupuncture treatment for crack: clinical survey of 1.500 patients treated. Am. J. Acup. 1988;16:241-7
- 3. Smith MO, Khan I. An Acupuncture Programme for the Treatment of Drugaddicted Persons. Bulletin on Narcotics 1988;40,1:35–41
- 4. Persönliche Mitteilung (H. Neugebauer; 20.02.12, eMail-Nachricht)
- 5. Raben R. NADA in der Verarbeitung von psychischen Traumata. Dt Ztschr f Akup. 2011: 54.4:13-7
- 6. Yarberry M. The Use of the NADA Protocol for PTSD in Kenya, Dt Ztschr f Akup, 2010; 53,4:6-11
- 7. http://londonshiatsu.com/239/ear-acupuncture-drmichael-osmith-oflincolnhospital/
- 8. Berman AH. Ear acupuncture as a complementary treatment for drug abuse; a controlled study of the NADA Acudetox method in prison. Stockholm: Swedish Prison and Probation Administration; 1999
- 9. Berman AH, Lundberg U. Auricular acupuncture in prison psychiatric units: a pilot study Acta Psychiatr Scand. 2002;106:152-7

- 10. Akupunktur für hyperaktive, verhaltensauffällige und gestresste Kinder, Jugendliche und ihre Eltern. Informationsbroschüre der NADA-Deutsche Sektion e. V.
- 11. Marx HG, Medikamentenfreie Entgiftung von Suchtkranken, Bericht über den Einsatz von Akupunktur. Suchtgefahren 1984;30-4
- 12. Ramloch-Sohl, M. Entzugsbehandlung mit Akupunktur. Suchtgefahren 1989;35:202-6
- 13. Weidig W. Erfahrungen mit Akupunktur beim Entzug von Jugendlichen in der Fachklinik Bokholt. Dt Ztschr f Akup. 2004;47,3:24–31
- 14. Buhk H, Busche W, Feldkamp H, Koch U. Ergebnisse einer Studie zur ambulanten Akupunkturbehandlung von alkohol- und medikamentenabhängigen Klienten in einer Beratungsstelle. Suchttherapie 2001;2:35-44
- 15. Beziehung, die unter die Haut geht. Bericht von der NADA-Fachtagung 2007. Der Eppendorfer 12/2007, S. 13
- 16. Medicus Haldensleben, Nadeln gegen die Sucht: Akupunktur gehört zur Therapie. Februar 2012. S. 12 und 20
- 17. Fall im Asklepios-Klinikum Nord (Ochsenzoll). Persönl. Mitteilung vom April 2012 durch W. Altenhofen, Bereichsleitung Pädagogischer Dienst VI. Psych. Abt. für Forensische Psychiatrie, Asklepios Klinik Nord, Hamburg
- 18. Eisenlohr V, Römer HW, Zimmermann P. Akupunktur eine neue Option in der Behandlung traumatisierter Bundeswehrsoldaten? Dt Ztschr f Akup. 2010;53,2:29-34
- 19. Herdt J, Dönni B. Akupunktur nach dem NADA-Protokoll bei PatientInnen mit Suchtproblematik. Ergebnisse einer explorativen Studie. Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Juni 2007
- 20. Studie der LMU München (Ludwig-Maximilians-Universität). Persönl. Mitteilung vom 13.02.12 durch H. Neugebauer, Hamburg
- 21. NADA-Deutsche Sektion e. V. Eine interne Umfrage in den Mitgliedseinrichtungen 2011. Auswertung unveröffentlicht.
- 22. Pomeranz B. Akupunkturanalgesie Neurophysiologische Grundlagenforschung. In: Stux, Stiller, Pomeranz: Akupunktur-Lehrbuch und Atlas. 4. Auflage 1993: Kap. 2:4-27
- 23. Brewington V, Smith M, Lipton D. Akupunktur als Entzugsbehandlung Eine Analyse kontrollierter wissenschaftlicher Untersuchungen. In: Baudis R, ed. Punkte der Wandlung. 1988:99
- 24. Grawe K. Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Therapiebeziehung. In Margraf J, Brengelmann JC, eds. Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie. München: G. Röttger, 1992:215-44
- 25. Brewington V, Smith M, Lipton D. Akupunktur als Entzugsbehandlung Eine Analyse kontrollierter wissenschaftlicher Untersuchungen. Zit. Smith M, Kahn I. An acupuncture programme for the treatment of drug-addicted persons. In: Baudis R, ed. Punkte der Wandlung. 1988:109
- 26. Ein Patient der Fachklinik Bokholt. 2011
- 27. Ramloch-Sohl M. Entzugsbehandlung mit Akupunktur. In Suchtgefahren 1989:35:202

Autoreninformation - STRICTA recommendations

Wolfgang Weidig, Dipl.-Sozialpädagoge und Sozialtherapeut (GVS), hat die Fachklinik Bokholt mitgegründet und ist dort als stellvertretender Klinikleiter tätig. Er ist ebenfalls Gründungsmitglied, Vorstandsmitglied und Trainer der deutschen Sektion der in Hamburg ansässigen NADA. Zahlreiche Veröffentlichungen zum Thema Akupunktur in der Suchtbehandlung; Mitherausgeber des Buches "Akupunktur in der Suchtmedizin" (1997, 1999).

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 30 Plätzen, jeweils für Erwachsene und Jugendliche (ab 12 Jahren) sowie eine 3-monatige Kurzzeit-

reha (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 übertroffen. Mittlerweile wurden weit mehr als 6000 Patienten auf diese Weise entzogen. Die Zufriedenheit

der Patienten und die Haltequote sind kontinuierlich hoch.

Nach Eröffnung des (fakultativ) methadongestützten Entzugs für Jugendliche 1999 wurde auch dort nach und nach Akupunktur eingeführt und erfolgreich angewendet.

Schlüsselwörter

Stationärer Drogenentzug, Akupunktur, Sucht, Jugendliche

Experiences with Acupuncture on Drug Withdrawal Treatment of Adolescents in the Fachklinik Bokholt

Abstract

The Fachklinik Bokholt (formerly Rehabilitation Clinic Agethorst) was opened in the context of a German wide model program in 1991.

The withdrawal treatment is offered for 30 in-patients at a time, one department for adults and one for adolescents (older than 12 years). Additionally there is the opportunity for short term rehabilitation

therapy (duration of 3 month) for 20 in-patients.

The success of withdrawal treatment – mainly illegal drugs – only with acupuncture instead of subtitutes for opiates was inspite of initial sceptism.

In the meantime, approximately 6,000 patients have been treated in this way. The contentment of patients and the success rate of pa-

tients who finished the withdrawal treatment are continuously high. After the opening of department for adolescents (optional methadone supported treatment), acupuncture was introduced and practiced with high therapeutic success.

Keywords

Inpatient Detoxification, acupuncture, addiction, adolescents

I. Einführung: Die Besonderheiten des Akupunktureinsatzes im Erwachsenen-Entzug in Bokholt

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 Opiatabhängige, das in der Fachklinik Bokholt nach wie vor, mittlerweile in modifizierter Form, zur Anwendung kommt [2]. Unterstützung erhielten wir u. a. von Dr. Michael O. Smith aus New York und John Tindall aus 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 zur stationären "Entgiftung" eingesetzt werden, wird in der Erwachsenenentzugsabteilung in Bokholt lediglich in einigen Fällen zum Benzodiazepin-, Barbiturat- und Alkoholentzug ein Medikament eingesetzt, das relativ schnell "ausgeschlichen" wird. Zur Krampfprophylaxe werden spezielle Körperakupunkturpunkte genadelt.¹

¹ Körperpunkte Le 3. Bl 62. Gb 34

² Das Gesamtkonzept ist in der website der Klinik einzusehen

³ NADA (National Acupuncture Detoxification Association) mit Sitz in New York. Ihr deutscher Zweig wurde 1993 gegründet (Sitz Hamburg). Das sog. NADA-Protokoll besteht aus 5 Ohrpunkten (Vegetativum, Shenmen, Niere, Leber, Lunge)

Zum Entzug aufgenommene Drogenabhängige müssen somit auf alle Substanzen weitgehend verzichten und erhalten vom ersten Tag an lediglich Akupunkturtherapie.²

Die Erfahrung hat schnell gezeigt, dass zur Bewältigung aller Entzugssymptome, wie sie im stationären Entzug auftreten, die Anwendung des 5-Ohrpunkte-NADA-Protokolls³ bei weitem 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, Durchfall 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 Abschlussfrage-

bogen, der alle Bereiche – von der telefonischen Anmeldung bis zur Entlassung – abbildet. Bezüglich der Wirkungsweise der Akupunktur wurden folgende Rückmeldungen ausgewertet (s. Abb. 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).

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 Behandlungs- ansatz 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 Wirk- samkeit 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
lch 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, ent- spannter und gelassener zu werden.	42	22	14	1	0
Akupunktur hat mir geholfen, meine Gefühle wieder zu spüren.	42	17	18	4	1
Während meines Aufenhaltes habe ich häufig Drogengedanken gehabt.	8	8	22	25	15
Ich habe während des Entzugs häufig Drogenhunger verspürt.	6	6	15	24	26
Ich habe häufig Abbruchgedanken gehabt.	3	5	15	20	33
Ich habe das Gefühl, dass das Behand- lungsangebot mir geholfen hat, meine innere Balance wiederzuerlangen.	23	35	16	3	0
Mein Schlafrhythmus hat sich während meines Aufenthaltes wieder stabilisiert.	38	20	13	5	0
Ich wurde medizinisch in der Klinik gut beraten und behandelt.	44	23	5	0	0

Abb. 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.



Abb. 2: Fachklinik Bokholt

Im Entzug auftretende Beschwerden werden im Rahmen einer täglich morgens stattfindenden Gruppenvisite durch eine umfangreiche standardisierte Befragung erhoben. Die anschließend stattfindende Gruppenakupunktur 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.

I.1 Haltequote und Abbruchrate

Nachdem über mehrere Jahre die Haltequote im Erwachsenenentzug bei ca. 80 % lag, hat sie sich in den letzten drei Jahren in deutlich höheren Bereichen einpendelt. 2003 lag sie (bei 441 aufgenommenen Patienten) bei 85,43 %, während die Abbruchrate bei 9,52 % und die disziplinarische Entlassungsquote bei 1,36 % lag. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer liegt im Jahresschnitt bei 10 Tagen.

Eher in Ausnahmefällen bleiben Patienten bis zu 3 Wochen in der Entzugsbehandlung.

Erfahrungsgemäß reicht die Zeit aus, die Patienten gut stabilisiert zu entlassen bzw. in andere ambulante oder stationäre Einrichtungen zu verlegen.

I.2 Der integrative Ansatz

Sehr wichtig ist zu erwähnen, dass neben Akupunktur weitere Behandlungssegmente deutliche Auswirkungen auf das Behandlungsergebnis haben. 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, "Wei-

chen" zu stellen und dem Patienten eine grundlegende Entscheidung abzuverlangen.

Neben Moxibustion, 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.

II. Erfahrungen mit Akupunktur im Jugendentzug

II.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.

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

- 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.
- Überdurchschnittlich häufig haben einige Jugendlichen in der Vorgeschichte Ritalin verschrieben bekommen; die Indikationen bleiben häufig 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 morgens 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 Patien-

- ten Heroin. Einige davon haben sich bereits mit Hepatitis C infiziert.
- 4.3 Viele Jugendliche haben auch schon verschiedene Pilze, Stechapfel oder Engelstrompete probiert und gehen recht unkritisch mit den Gefahren dieser hochgiftigen, schwer zu dosierenden Pflanzen aus unseren Vorgärten um.
- 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.
- In der Familienanamnese tradiert sich die Suchtstruktur häufig durch die Generationen.

II.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 anheim fallen 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 Frustrations-



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

II.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.

Somit gab es erste ernst zu nehmende Ansätze 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.

Es wurde beschlossen, alle Mitarbeiter kontinuierlich in Akupunktur zu schulen und mit den wichtigsten Basics des NADA-Settings vertraut zu machen. Beschlossen wurde ebenfalls, die Behandlung nicht mehr, wie zuvor, freiwillig anzubieten. Alle Patienten mussten nun an den gemeinsam durchgeführten 45-minütigen Sitzungen teilnehmen. Die Idee, 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. Wer nicht akupunktiert werden will, muss zumindest dabei bleiben. Die Erfahrung zeigte, dass auch diejenigen, die keine Akupunktur erhielten, nach relativ kurzer Zeit "Nadeln haben" wollten. Bei übermäßiger Angst vor Nadeln hat sich bewährt, zunächst "Seeds" (Samenkörner, die auf Akupunkturpunkte aufgeklebt werden) einzusetzen. Diese haben den zusätzlichen Vorteil, dass die jungen Patienten selbst aktiv werden können. Wenn sie bemerken, dass sie durch Stimulierung der Körnchen Einfluss auf ihre Stimmungsschwankungen nehmen können, wird gleichzeitig die Wahrnehmung hierfür geschärft, und sie sehen, dass sich durch eigene Tätigkeit etwas verändert.

Bei Patienten, die das Nadeln der Ohrpunkte als zu angstbesetzt oder zu schmerzhaft empfinden, werden zum Einstieg erst einmal Entspannungspunkte (wie Du 20) genadelt. Darauf lassen sich die Patienten zunächst ein und wagen erfahrungsgemäß dann schnell den nächsten Schritt.

Gegebenfalls, allerdings nur in Ausnahmefällen, setzen wir auch Laser-Akupunktur ein.

Einen Durchbruch in der Umsetzung gab es, als beschlossen wurde, einen Mitarbeiter mit den akupunktierten Patienten im selben Raum während der gesamten Sitzung anwesend sein zu lassen. Dies trug zur Senkung des Störungs- und "Flucht"potenzials bei und hatte einen deutlich positiven Effekt auf die Behandlungsbereitschaft.

TABELLE 1 Im Entzug verwendete Akupunkturpunkte

Neben den NADA-Punkten häufig verwendete Ohrpunkte sind:

- Omega 2, um die latente Aggressivität zu mildern
- Frustrationspunkt
- PT 1 Anti-Aggression
- PT 2 Angstpunkt
- PT 3 Antidepressionspunkt
- · Point de Jérome bei Anspannung.

Häufig verwendete Körperpunkte sind:

- He 9 bei Herzrasen, aber auch erstaunlich gut einzusetzen bei Hyperventilation
- Lu 7 li. in Kombination mit Ni 6 re. zum Ausgleich des Yin-Mangels. Da es sich um eine Kardinalpunktbehandlung handelt, kann man es kreuzen.
- Le 3 bds. ableitend stimulieren in Kombination mit dem Point de Jérome bei der Tendenz zu selbstverletzendem Verhalten
- · Ni 3 und Ni 7 bds. bei Angstzuständen

Bei hyperaktiven Jugendlichen haben wir erste Erfahrungen mit **elektromagnetischen Kügelchen** gemacht, die auf dem Retro-Shenmen befestigt werden. Im Gegensatz zur Behandlung mit Seeds werden die Kügelchen ohne Stimulation am Ohr belassen.

Eine Ärztin berichtet: "Es ist schon sehr anrührend, wenn ein 16-Jähriger mit abenteuerlicher Frisur, Piercings und dem Hosenboden auf Kniehöhe völlig selbstverständlich kommt und sagt "Hey, ich fühl' mich superuncool, gib mir den Jérome"."

Oder wie ein junger Patient seiner Freundin am Telefon zu berichten wusste "Und Akupunktur ist echt geil ...".

Ein anderer Patient: "Ich habe öfter schon versucht zu entziehen. Ich hab aber immer totalen Suchtdruck gehabt und deswegen hat es auch bisher nie geklappt. Ich glaube, dass das mit der Akupunktur zu tun hat, dass ich hier gar keinen Suchtdruck habe ... Ich bin überrascht, wie entspannt und ausgeglichen ich bin ..."

II.4 Ergebnisse unserer Therapie

Stellvertretend für die große Gruppe von mehr als 700 in unserer Einrichtung behandelten Jugendlichen soll eine Untersuchung dienen, die wir an 81 Jugendlichen von März bis Juni 2003 durchgeführt haben. Nach der ersten langen Aufbau-

phase der Abteilung seit 1990, in der Akupunktur sehr begrenzt angeboten wurde und die Teilnahme freiwillig war, wurde die Behandlung nun offensiv vermittelt und die Teilnahme verpflichtend. Der Fragebogen sollte diese Entwicklung dokumentieren, um gegebenenfalls auch Veränderungen vornehmen zu können (Abb. 4).

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 haben.

Seit der Verpflichtung zur Teilnahme und der konsequent umgesetzten Durchführung der Akupunktur im Jugendentzug zeigen sich auch hier die ersten positiven Resultate: Suchtdruck tritt sehr viel seltener auf als in der Zeit davor, Schlafprobleme lassen sich deutlich besser behandeln. Die Mitarbeiter verfügen über eine Möglichkeit, besonders unruhige Patienten durch gezielten Akupunktureinsatz zu er-

Akupunktur-Fragebogen 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 Akupunk- tur 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
lch 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

Abb. 4: Der Fragebogen wurde den Jugendlichen zum Abschluss der Entzugsbehandlung übergeben und kurz vor der Entlassung wieder eingefordert.

AKUPUNKTUR BEIM ENTZUG VON JUGENDLICHEN

reichen. Bewährt hat sich der "Seeds-Einsatz" bei Patienten mit Abbruchgedanken.

Patienten erleben die Behandlung mit Akupunktur als besondere Form der Zuwendung. Erstaunlich ist, dass einige Patienten z. B. den Antiaggressionspunkt regelrecht einfordern und über entsprechende Wirkungen auf der Affektebene berichten.

Was für die Compliance bei den Erwachsenen ab und zu sinnvoll erscheint, ist bei den Jugendlichen eine unabdingbare Notwendigkeit: Einmal in der Woche findet eine Gesundheitsgruppe statt, in der auch über die Wirkungen der TCM gesprochen wird. Ohne diese regelmäßigen Hinweise auf die Wirkungsweisen der Akupunktur scheint es kaum möglich, eine kontinuierliche Bereitschaft hierfür herzustellen, zumal ja auch regelmäßig neue Patienten hinzukommen.

III. Ziele des Akupunktureinsatzes 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

Fazit

Der Einsatz der Akupunkturtherapie in der Fachklinik hat sich seit Einführung der Methode mit der Eröffnung im Jahre 1991 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. Im Jugendentzug, wo auch die Möglichkeit eines "weichen" methadongestützten Entzugs besteht, befinden wir uns noch in der Experimentierphase, doch zeigen sich auch dort die ersten positiven Effekte. Bereits jetzt stellen wir fest, dass weniger Medikamente eingesetzt werden müssen.

- Spitzenaffekte abzuschwächen 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 Abstinenz aufbauen können.

IV. 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 Suchtund Familienhilfe vorhält und ca. 300 Mitarbeiter beschäftigt. Der Träger zeichnet sich durch seine Vielfalt an niedrig- und hochschwelligen Hilfs- und Behandlungsangeboten aus, wie Beratungsstellen, mehreren Drogenlangzeit-, Kurzzeit-, Nachsorge- und ambulanten Therapieeinrichtungen, die komplementär und in sinnvoller Weise vernetzt ineinander greifen.

Seit Jahren ist es konzeptioneller Anspruch, die Suchtakupunktur möglichst in allen Einrichtungen des Trägers anzubieten. Dieser Stand ist weitgehend erreicht. 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 – mit zunehmender Tendenz. Im Seehaus, einer ambulanten Einrichtung in Hamburg, wird mittlerweile täglich nach dem NADA-Protokoll akupunktiert. Die

AKUPUNKTUR BEIM ENTZUG VON JUGENDLICHEN

Gruppen sind größer als erwartet. 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.

V. Ausblick: Mehr Akupunktur – auch in der Hand qualifizierter Nicht-Ärzte

Es geht heute bei der Anwendung der Akupunktur im Entzug von Süchten nicht mehr um die Frage, ob Akupunktur wirkt und wer ein Recht dazu hat, sie anzuwenden. Die unzähligen Rückmeldungen aus unterschiedlichen stationären und ambulanten Einrichtungen belegen mittlerweile sehr deutlich, wie sehr Suchtmittelabhängige vom Einsatz der Akupunktur profitieren. Aus gesundheitspolitischer Sicht und Kostenerwägungen sollte die Suchtakupunktur eingesetzt werden, um

Patienten, die beschlossen haben, abstinent zu leben, nachhaltig zu unterstützen. Insofern wäre es grundsätzlich erstrebenswert, möglichst vielen Mitarbeitern, die in der Suchthilfe tätig sind, das Wissen und die rechtlichen Möglichkeiten zu geben, auch in Flächenländern Suchtakupunktur - und hier handelt es sich in erster Linie um die 5 Ohrpunkte nach dem NADA-Protokoll - anzubieten. Vor allem Hamburg und Baden-Württemberg sind hier mit gutem Beispiel vorangegangen. Die zuständigen Behörden haben auch nichtärztlichen Mitarbeitern von Suchthilfeeinrichtungen das Nadeln der 5 Ohrpunkte unter bestimmten Bedingungen genehmigt. Nur so lässt sich flächendeckend ein Netz von wirksamer Hilfe mittelfristig etablieren.

Das Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) plant eine klinische Studie zum Einsatz der Ohrakupunktur im Rahmen des stationären Drogenentzugs, durch die geklärt werden soll, welche Effekte die Akupunkturbehandlung auf den Gesamt-Behandlungserfolg Ferner wird parallel untersucht, ob die Wirkungen der akupunkturgestützten Entzugsbehandlung, wie sie in der Fachklinik Bokholt durchgeführt wird, denen einer medikamentengestützten Behandlung (in einer Drogenentzugsstation einer

anderen Klinik) vergleichbar sind. Der Forschungsantrag ist bei der DFG eingereicht und befindet sich in der letzten Entscheidungsphase.

Literatur

- 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
- Geiger W, Weidig W. Heroinentzug mit Akupunktur. In: DAO. Magazin fernöstlicher Lebenskunst; 1992, 2: 32-35
- Raben R. Akupunktur nach dem NADA-Protokoll – Eine Übersicht zur Suchttherapie. In: Dt. Ztschr. f. Akup. 2004; 47,2: 35-40
- Strauß K, Weidig W, eds. Akupunktur in der Suchtmedizin. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart, Hippokrates; 1997: 14–57
- Weidig W. Die Reha-Klinik Agethorst: Ein Modell für stationären Drogenentzug mit Akupunktur. Dt. Ztschr. f. Akup. 1998; 41,2: 43-46

Fotos: ©R.Frommann, W.Weidig

Danksagung

Ich danke den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Therapiehilfe e. V., insbesondere aus dem Jugendentzug der Fachklinik Bokholt, dem SEEHAUS in Hamburg und den Beratungsstellen Ahrensburg und Bad Oldesloe für die nützlichen Informationen, die ich für meinen Beitrag verarbeiten konnte.



Korrespondenzadresse

Wolfgang Weidig, Dipl.Sozialpädagoge Mitglied der Klinikleitung der Fachklinik Bokholt

Leiter der Entzugsabteilung für Erwachsene Fachklinik Bokholt (Therapiehilfe e. V.)
Hanredder 30–32
25335 Bokholt-Hanredder
wolfgang-weidig@fachklinik-bokholt.de
www.fachklinik-bokholt.de
www.therapiehilfe.de
www.nada-akupunktur.de

ORIGINALIA | ORIGINAL ARTICLES

DOI: 10.1016/J.DZA.2014.05.002 | 12 | DT. ZTSCHR. F. AKUPUNKTUR 57, 4/2014



☑ M. Hase¹,², A. Hase³

Implementation des NADA-Protokolls in der Psychosomatik

Eine begleitende Untersuchung

Implementation of the NADA protocol in psychosomatic medicine

An accompanying study

Zusammenfassung

Hintergrund: 2011 wurde in der Abteilung für Psychosomatik, Psychotherapie und psychosomatische Rehabilitation der Diana Klinik in Bad Bevensen das NADA-Protokoll eingeführt.

Zielsetzung: In Anbetracht der unzureichenden Datenlage bzgl. der Indikationen außerhalb der Abhängigkeitserkrankungen wurde die Einführung des NADA-Protokolls in der Abteilung durch Datenerhebung begleitet. Neben der routinemäßigen Datenerhebung mittels der SCL-90-R wurde für die Gruppe der Patienten der NADA-Ohrakupunktur speziell prä und post mit der WHO 5 untersucht.

Ergebnisse: Es konnten prä- und post-Daten von 53 Patienten gewonnen werden. Die Patienten erhielten überwiegend die NADA-Ohrakupunktur im Gruppensetting. Die Patienten zeigten prä versus post eine deutliche Verbesserung in der WHO 5 ($t=19,54,\ p<0,001$) und eine hohe Zufriedenheit mit der NADA-Behandlung. Nebenwirkungen waren selten und harmlos. Die Patienten sprachen sich in einem hohen Ausmaß für eine Wiederholung der Behandlung aus.

Diskussion: Die vorliegenden Daten zeigen eine gute Wirkung bei sehr geringen Nebenwirkungen, verbunden mit einer hohen Akzeptanz durch die Patienten für das NADA-Protokoll im Setting einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik.

Schlüsselwörter

NADA-Ohrakupunktur, Psychosomatische Medizin, Rehabilitation

Abstract

Background: In 2011, the NADA protocol was introduced in the department of psychosomatic medicine, psychotherapy, and psychosomatic rehabilitation of the Diana hospital in Bad Bevensen.

Objective: In view of the paucity of data with respect to indications outside of substance dependency, data were collected concomitantly to the introduction of the NADA protocol. Along with the routine data collection using the SCL-90-R, the group of NADA ear acupuncture patients was examined with the WHO 5 questionnaire before and after treatment.

Results: Individual pre- and post-testing data were obtained from 53 patients. Patients predominantly received NADA acupuncture in a group setting. Compared to pre-data, patients improved significantly in terms of WHO 5 scores (t = 19.54, p < 0.001) and showed high satisfaction with the NADA treatment. Side effects were rare and mild. The patients strongly opted for a repetition of the treatment.

Discussion: The data here presented demonstrate a strong treatment effect with very small side effects,, along with a high degree of patient acceptance of the NADA protocol in the setting of a psychosomatic rehabilitation clinic.

Keywords

NADA-earacupuncture, psychosomatic medicine, rehabilitation

Einleitung

Das NADA-Protokoll wurde in den 60er- und 70er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts nach einer Zufallsentdeckung des Neurochirurgen Dr. Wen [1] in Hongkong von Michael O. Smith in New York als standardisiertes Programm der Ohrakupunktur entwickelt.

Für eine kurze historische Zusammenfassung und um einen guten Überblick über die Anwendungen der NADA-Ohrakupunktur außerhalb der Behandlung der stoffgebundenen Abhängigkeit zu erhalten, möchten wir den Artikel von W. Weidig "Akupunktur in Sucht und Psyche – ein Update" in der Deutschen Zeitschrift für Akupunktur empfehlen [2]. Die Erfahrungen im Bereich der Behandlung Abhängiger legen auch die Vermutung nahe, dass das NADA-Protokoll stoffunspezifisch wirkt. Schon Smith machte die Beobachtung, dass NADA-Ohrakupunktur den Patienten in die Lage versetzt sich wohler zu fühlen und damit den Anstoß gibt, eine allgemeine Verhaltensänderung in die Wege zu leiten. Er betonte die Vorteile des nonverbalen Ansatzes, die es dem Patienten ermöglicht, Vertrauen zu entwickeln [3].

Payer et al. konnten eine positive Wirkung der NADA-Ohrakupunktur auf die Patientenzufriedenheit im stationären psychiatrischen Setting belegen [4]. Schönegger und Ots berichteten kürzlich über die Wirksamkeit der NADA-Ohrakupunktur bei Patienten mit psychiatrischen Diagnosen im ambulanten Bereich [5]. Raben hat die Möglichkeiten der NADA-Ohrakupunktur für die traumazentrierte Psychotherapie auch unter Bezug auf das Denkgebäude der TCM überzeugend dargestellt [6]. Da wir bei unseren Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation in einem ernst zu nehmenden Ausmaß ein fehlendes Ansprechen auf etablierte Entspannungsverfahren wie die Muskelrelaxation nach Jacobsen oder das autogene Training sehen und bei den zunehmend schwerer betroffenen Patienten die Entwicklung der therapeutischen Beziehung vermehrt von Schwierigkeiten geprägt ist, war die Überlegung, ein alternatives Angebot anzubieten. Die NADA-Ohrakupunktur schien, wie bereits oben dargestellt, in besonderer Weise geeignet. Ausgang der Überlegung war die Unterstützung von Patienten mit komorbider Abhängigkeit, die nicht die Hauptindikation der aktuellen Behandlung darstellt, aber in der psychosomatischen Rehabilitation durchaus zu sehen ist und bei der Arbeit am Grundkonflikt oder originärer traumatischer Erfahrung des Patienten auch zu einem Behandlungsproblem werden kann.

 $Anmerkung: In \ der \ DZA\ 1/2015 \ folgt \ aus \ derselben \ Abteilung \ ein \ Bericht \ "" ber \ den \ Wert \ des \ NADA-Protokolls in \ der \ Behandlung \ der \ posttraumatischen \ Belastungsstörung$

¹Diana Klinik Bad Bevensen, 29549 Bad Bevensen ²Lüneburger Zentrum für Stressmedizin, 21335 Lüneburg ³B.Sc., Department of Organisational Psychology, University of Groningen, The Netherlands Ausgehend von den obigen Darstellungen ergaben sich dann ergänzende Überlegungen, die vor allem für einen Einsatz bei Patienten mit posttraumatischen Belastungssyndromen sprachen. Die vegetativ ausgleichende und stabilisierende Wirkung im Entzug abhängiger Menschen ließ sich als ein sinnvolles Behandlungsbeispiel für Patienten mit anderen Störungsbildern, vorwiegend aus dem psychotraumatischen Formenkreis, formulieren, Zu Beginn wurde der Entschluss gefasst, die Einführung des NADA-Protokolls durch eine kontrollierte Datenerhebung zu begleiten.

Setting und Untersuchungsdesign

Von Januar bis Ende Juni 2011 wurden Patienten mit der NADA-Ohrakupunktur im Einzel- und Gruppensetting behandelt. Die Patienten wurden zu Beginn der Behandlung und zum Ende der Behandlung im Rahmen der Routinediagnostik mit dem PC-gestützten Testsystem von Hogrefe untersucht. Als Standard kam die Symptom-Checklist 90 Items in ihrer revidierten Form (SCL-90-r) nach Derogatis zum Einsatz. Eine unabhängige Untersucherin, welche gegenüber den Umständen und Inhalten der Behandlung uninformiert war, führte die Testung durch. Zusätzlich beschlossen wir, die Patienten vor der Behandlung nach dem NADA-Protokoll und zum Ende der Behandlung nach dem NADA-Protokoll mit dem WHO-5-Fragebogen [7, 8] zu untersuchen. Insofern konnten wir noch einen zeitlich unmittelbaren Messwert gewinnen, der möglicherweise die Wirkung der NADA-Ohrakupunktur besser abzubilden vermag. Zudem kam ein selbst entworfener Fragebogen zum Einsatz, der die Patienten nach der von ihnen gewünschten Indikation, bzw. dem Zielsymptom, nach dem Beitrag der NADA-Ohrakupunktur zu ihrem Befinden, nach der Wirkung auf das Zielsymptom und nach dem Beitrag der NADA-Ohrakupunktur zur Behandlung insgesamt fragte. Hierbei handelte es sich naturgemäß um eine subjektive Einschätzung der befragten Patienten. Zudem wurde erhoben, ob die Patienten bei einer weiteren Behandlung erneut NADA-Ohrakupunktur wünschen würden. Ebenso fand eine Befragung der Patienten zu Ne-

Der Beitrag der NADA-Ohrakupunktur zum Befinden und die Wirkung auf das Zielsymptom wurden auf einer fünfstufigen Skala von verschlechtert über fraglich schlechter, unverändert, fraglich verbessert bis verbessert eingeschätzt. Der Beitrag zur Behandlung wurde auf einer fünfstufigen Skala von kein Beitrag über wenig, etwa die Hälfte, viel und sehr viel eingeschätzt. In der Auswertung wurden ein bis maximal fünf Punkte vergeben.

Die Behandler waren eine in der Psychiatrie und Psychosomatik erfahrene Ärztin, die seit Langem in der NADA-Ohrakupunktur ausgebildet war und diese anwandte, sowie ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, welcher ebenfalls im Ausbildungsgang der NADA Deutschland in der NADA-Ohrakupunktur ausgebildet wurde.

Beide behandelnden Ärzte waren angehalten, über Nebenwirkungen in der Therapie zu berichten, sodass diese auch aus ihrer Sicht erfasst werden konnten.

Die Indikation zur NADA-Ohrakupunktur wurde durch das Behandlungsteam des Patienten gestellt. Nach schriftlicher Information über die NADA-Ohrakupunktur und der Einwilligung des Patienten wurde dieser in das Behandlungsprogramm aufgenommen.

Ein Teil der Patienten erhielt zu Beginn NADA-Ohrakupunktur im Einzelsetting, um sie dann in das Gruppensetting zu integrieren. Teilweise konnten die Patienten direkt in das Gruppensetting aufgenommen werden. Die Gruppensitzungen fanden in einem freundlichen hellen Raum statt, in dem die Patienten die Nadeln im Sitzen erhielten und dann die Möglichkeit bekamen, sich auf Gymnastikmatten mit entsprechender Polsterung für Kopf und Knie hinzulegen. Die Nadeln wurden durch die Behandler gesetzt und durch diese wieder entfernt. Eine Gruppensitzung dauerte 45 Min. von der Vorbereitung der Patienten bis zum Entfernen der Nadeln und der Kontrolle auf Nachblutungen. Während der Sitzungen war eine Behandlerin respektive ein Behandler ständig anwesend.

Die behandelte und untersuchte Patientengruppe

Die Patientengruppe stellt ein Kollektiv dar, das möglicherweise für eine Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie und psychosomatische Rehabilitation in einigen Aspekten nicht ganz repräsentativ ist. So sind 33 der untersuchten Patienten männlich und 20 weiblich. Dies lässt sich dadurch erklären, dass ein wichtiger Zuweiser die Bundeswehr ist und hier die männlichen Patienten immer noch überwiegen.

In der diagnostischen Einordnung fanden sich überwiegend Patienten mit depressiven Störungen (ICD 10 F3), was auch dem Diagnosenspektrum der Gesamtpatientengruppe entspricht. Die zweitgrößte Patientengruppe waren Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen und Anpassungsstörungen (ICD 10 F4). Abhängigkeit war in der untersuchten Gruppe selten (ICD 10 F1). Schmerzen und Migräne (ICD 10 F6) kamen als Diagnosen hinzu. Patienten mit Erschöpfungssyndromen, die gemäß der ICD 10 als Z-Code klassifiziert wurden, waren in der Gruppe durch die Nebendiagnose Z73 auch vertreten.

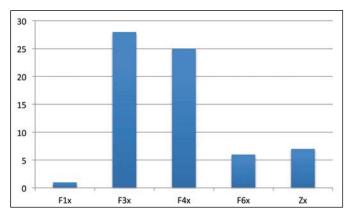


Abb. 1: Verteilung der Ein- und Mehrfachdiagnosen in der untersuchten Patientengruppe gemäß ICD-10 in den Kategorien F1, F3, F4, F6 und Z Anzahl der Patienten pro Diagnosenkategori

F = psychische und Verhaltensstörungen

Z = Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des

Gesundheitswesens führen

Für die Patienten war in einem hohen Ausmaß Stressreduktion der Anlass an der NADA-Behandlung teilzunehmen. Für elf Patienten war eine Verbesserung der depressiven Stimmung von Bedeutung. Andere genannte Gründe waren innere Unruhe, Entspannungsunfähigkeit und Schlafförderung.

Die Patienten waren im Mittel 46,6 Jahre alt (SD 5.1) und im Mittel 40,5 Tage in stationärer Behandlung (SD 8,69). Von den Patienten waren 18 alleine im Einzelsetting der NADA-Ohrakupunktur. 24 Patienten waren nur im Gruppensetting. Elf waren im Einzel- und Gruppensetting,

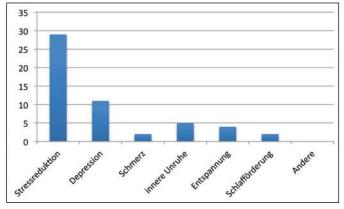


Abb. 2: Zielsymptome der Behandlung



wobei üblicherweise mit der Einzeltherapie begonnen wurde, um die Patienten dann ins Gruppensetting zu übernehmen. Insgesamt wurden so letztendlich 35 Patienten im Gruppensetting der NADA-Ohrakupunktur behandelt. Die Patienten erhielten im Mittel 4,1 Sitzungen im Einzelsetting (SD 2,4) und 4,23 Sitzungen im Gruppensetting (SD 1,7).

Statistische Analyse

Die Daten wurden mit IBM SPSS Statistics 20 analysiert. Um die Veränderungen im SCL-90-R Global Severity Index (GSI) und in den WHO-5-Werten zu untersuchen, wurden zwei matched-samples T-Test durchgeführt. Pearson-Korrelationen wurden zwischen der Veränderung des WHO-5-Wertes und der Therapiedauer, der Behandlungsdauer, und dem gefühlten Beitrag der Akupunktur zum Therapieergebnis der Patienten berechnet.

Resultate

Deskriptive Statistiken für GSI, WHO-5, Behandlungsdauer in Tagen und gefühltem Beitrag der Akupunktur zum Therapieergebnis sind in Tabelle 1 zu finden.

Die T-Tests ergaben, dass die GSI-Werte zwischen Beginn und Ende der Therapie signifikant abnahmen (t(50) = -5,26; p < 0.001). Die WHO-5-Werte stiegen signifikant an (t(52) = 8,85; p < 0.001).

TABELLE 1	Mittelwerte und Standardabweichungen				
		Mittelwert	Standard- abweichung		
GSI (Prä)		1,11	0,71		
GSI (Post)		0,77	0,79		
GSI (Differenz)		-0,35	0,47		
WH0-5 (Prä)		6,75	4,66		
WHO-5 (Post)		13,08	6,47		
WHO-5 (Differenz)		6,32	5,20		
Behandlungsdauer		40,53	8,70		
Beitrag der Akupunktur (subjektive Einschätzung)		3,47	1,16		

Die Korrelationen zwischen der WHO-5-Veränderung und dem gefühlten Beitrag der Akupunktur, sowie Therapiedauer und Alter der Patienten sind in Tabelle 2 angegeben. Der gefühlte Beitrag der Akupunktur war signifikant mit der Veränderung des WHO-5 korreliert (r=0,54; p<0,001). Auch die GSI-Differenz korrelierte signifikant mit der WHO-5-Veränderung (r=0,50; p<0,001).

TABELLE 2	Korrelationen zwischen WHO-5-Veränderung und Behandlungsvariablen			
	Beitrag der Akupunktur	Differenz GSI	Therapiedauer	
Veränderung WHO-5	0,542	-0,540	0,208	
Signifikanz	< 0,001	< 0,001	0,135	

Behandlungsergebnis

Vor allem ist zu erwähnen, dass die Behandlung von den Patienten sehr geschätzt wurde.

Sie erlebten die Behandlung mit der NADA-Ohrakupunktur als hilfreich und wollten sie im hohen Ausmaß wieder in Anspruch nehmen.

Der WHO 5 als spezifisches Maß Prä- und Post-Behandlung nahm maßgebend zu.

Dieser Rückgang war stärker als jener des Global Severity Index (GSI) der SCL-90-r. Insofern bildet sich hier möglicherweise ein direkter Einfluss der NADA-Ohrakupunktur ab, der sich von den anderen Behandlungsmaßnahmen unterscheidet.

In dem selbst entwickelten Fragebogen hat kein Patient über eine deutliche Verschlechterung des Befindens berichtet. Ein Patient gab an, dass sich das Wohlbefinden etwas verschlechtert habe, 16 beurteilten es als unverändert, 18 als gebessert und 18 weitere als deutlich gebessert. Im Hinblick auf die Zielsymptomatik beurteilten zwei Patienten diese als verschlimmert, 18 als unverändert, 24 als gebessert und 19 als deutlich gebessert.

Ein Patient beschrieb keinen Beitrag der NADA zum Gesamtergebnis der Behandlung,

Vier Patienten beschrieben, dass die Ohrakupunktur ein wenig zum Gesamtergebnis beigetragen habe, sechs ordneten dem Beitrag einen mittleren Erfolg zu, 14 beurteilten den Beitrag der NADA-Ohrakupunktur als groß und vier als sehr groß.

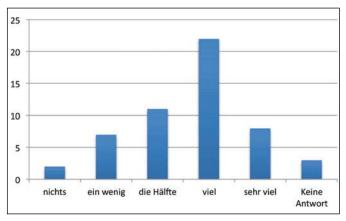


Abb. 3: Beitrag der NADA zum Behandlungsergebnis in subjektiver Einschätzung Anzahl der Antworten pro Item

Die NADA-Ohrakupunktur wurde insgesamt sehr gut vertragen. Die Nebenwirkungen waren sehr überschaubar. Eine Patientin klagte über Rückenschmerzen beim Liegen, welche vermutlich nicht Folge der NADA-Ohrakupunktur waren. Ein Patient klagte über Brennen am Leberpunkt, der nach der Behandlung sistierte. Des Weiteren berichtete ein Patient über Schmerzen während der Behandlung am Ohr, die nach der Behandlung sistierten und ein Unruhegefühl während der Behandlung auslösten. Ein Patient nannte den Einstichschmerz als Nebenwirkung, der jedoch nicht persistierte. Eine weitere Patientin berichtete über ein Kältegefühl. Zudem berichtete eine Patientin über Polyurie, die eher als Folge einer vegetativen Umstellung zu werten ist. Ein weiterer Patient erlebte eine vasovagale Synkope, die durch Entfernen der Nadeln und Hochlagern der Beine beendet werden konnte.

Allerdings gab es auch gesondert positive Rückmeldungen zu der Akupunktur.

Eine Patientin bemerkte, dass sie erstmals seit Langem wieder körperliche Energie verspürt habe. Beeindruckend war die Rückmeldung einer schwer depressiven Patientin, die aus der stationären psychiatrischen Behandlung zur psychosomatischen Rehabilitation verlegt worden war. Sie hatte zuvor mehrere Serien der Elektrokrampftherapie erfahren. Diese Patientin berichtete in der ersten Einzelsitzung mit dem NADA-Protokoll erstmals eine Ruhe verspürt zu haben, die sie als sehr angenehm vermerkte, und als einen deutlichen Unterschied gegenüber der bleiernen Schwere der Depression benannte.

47 der 53 Patienten sprachen sich für eine erneute NADA-Ohrakupunkturbehandlung aus, falls ihnen diese Möglichkeit gegeben werden

ORIGINALIA ORIGINAL ARTICLES

IMPLEMENTATION DES NADA-PROTOKOLLS M. HASE, A. HASE IN DER PSYCHOSOMATIK

würde. Vier Patienten wünschten keine Wiederholung der Behandlung und weitere zwei machten dazu keine Angabe.

Dieses Ergebnis zeigt eine deutliche Akzeptanz der NADA-Ohrakupunktur.

Diskussion

Wir untersuchten die Einführung der NADA-Ohrakupunktur in einer Abteilung für psychosomatische Rehabilitation und Psychotherapie. Im ersten Halbjahr 2011 wurden insgesamt 53 Patienten im Einzel- und Gruppensetting mit der NADA-Ohrakupunktur behandelt.

Die NADA-Ohrakupunktur wurde von den Patienten hervorragend toleriert. Nebenwirkungen waren selten und führten nur in einem Fall nach dem Auftreten einer vasovagalen Synkope zum Abbruch der Behandlung. Die Patienten erlebten in subjektiver Einschätzung im hohen Ausmaß eine Verbesserung ihrer Symptomatik und waren mit der Behandlung insgesamt sehr zufrieden. Falls eine erneute Behandlung mit dem NADA-Protokoll angeboten würde, wollte die überwiegende Zahl der Patienten diese erneut in Anspruch nehmen.

Aus Sicht der Therapeuten war die Gruppenatmosphäre sehr hilfreich. Auch in anderen Aspekten schwierig zu führende Patienten entwickelten sich in der NADA-Gruppe sehr positiv. Das nonverbale Angebot, welches als annehmend und haltgebend beschrieben wird, zeigte sich hier in seiner besonderen Bedeutung.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die NADA-Ohrakupunktur an einer Abteilung für psychosomatische Rehabilitation und Psychotherapie gut einzuführen und umzusetzen war und eine eindeutige Verbesserung des Behandlungsangebotes mit sich brachte. Die Wirkung der NADA-Ohrakupunktur in der von Raben beschriebenen Weise sowie beobachtete Wirkungen der vegetativen Stabilisierung waren bei den hier behandelten Patienten von großem Wert. Bei den begrenzten Ressourcen in der stationären psychosomatischen Rehabilitation ist das NADA-Protokoll in seiner klaren Strukturierung und einfachen Anwendung sehr gut geeignet.

Das Gruppensetting ermöglicht eine effiziente Anwendung der Methode. Dabei scheint es uns wichtig darauf hinzuweisen, dass eine gute Ausbildung, wie sie von den zertifizierten NADA-Gesellschaften (z. B. der NADA Deutsche Sektion, NADA Austria, NADA Schweiz) angeboten wird, Voraussetzung für die Implementierung der NADA-Ohrakupunktur in einem solchen Setting ist.

Erklärung zu Interessenkonflikten

Es liegen keine Interessenkonflikte vor.

Literatur

- 1. Wen H, Cheung S. Treatment of Drug addiction by acupuncture and electrical stimulation. Asian Journal of Medicine 1973;9:138-41
- 2. Weidig W. Akupunktur in Sucht und Psyche ein Update. Dt. Ztschr f Akup. 2021;55,3:11-5
- Smith MO., Khan I. An acupuncture Programm for the Treatment of Drug-addicted Persons. Bulletin on Narcotics 1988;40,1:35-41
- 4. Payer K, Ots T, Marktl G, Pfeifer F, Lehofer M. Patientinnenzufriedenheit mit der NADA Ohhrakupunktur auf einer psychiatrischen Station – Eine Anwendungsbeobachtung. Dt. Ztschr f Akup. 2007;50,2:10–3
 5. Schönegger S, Ots, T. Wirksamkeit der NADA-Ohrakupunktur bei Menschen mit psychiatrischen Diagnosen im
- ambulanten Bereich. Dt. Ztschr f Akup. 2013;56,4:9-12
- 6. Raben, R. NADA in der Verarbeitung psychischer Traumata. Dt. Ztschr f Akup. 2011;54,4:13-7
- Regional Office for Europe WHO. Use of Well-Being Measures in Primary Health Care -The DepCare Project. Health for All, Target 12, 1998 [http://www.who.dk/document/e60246.pdf]
- 8. Bech P. Measuring the dimensions of psychological general well-being by the WHO-5. QoL Newsletter 2004;32:15-6

Autoreninformation (STRICTA recommendations)

Dr. Michael Hase ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Weitere Abschlüsse in spezieller Psychotraumatherapie (DeGPT) und präventiver und Anti-Aging Medizin. Hase ist EMDR-Therapeut (EMDRIA Deutschland) und EMDR Senior Trainer am EMDR Institut Deutschland.

Akupunkturausbildung bei der SMS und CAN. Seit 2010 arbeitet er mit der NADA-Ohrakupunktur. Seit 2000 nationale und internationale Referententätigkeit überwiegend in Psychotraumatherapie und EMDR. Hase ist Chefarzt der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie an der Diana-Klinik und Rehacentrum in Bad Bevensen.



3bscientific.com

ORIGINALIA | ORIGINAL ARTICLES

6 | DT. ZTSCHR. F. AKUPUNKTUR 58, 1/2015



☑ M. Hase¹,², U. M. Balmaceda

Über den Wert des NADA-Protokolls in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung

Considering the relevance of the NADA protocol in the treatment of posttraumatic stress disorder

Zusammenfassung

Die Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung und anderer psychotraumatischer Folgestörungen ist trotz der vorliegenden, überwiegend psychotherapeutischen Behandlungsmethoden immer noch schwierig.

Das non-verbale und non-konfrontative NADA-Protokoll scheint eine vielversprechende Ergänzung der Behandlungsmethoden im Setting der speziellen Psychotraumatherapie zu sein. Dies lässt sich aus dem Wesen der PTBS heraus gut verstehen.

Aus der aktuellen Literatur liegen Berichte über Einzelfälle, Daten über größere Gruppen von behandelten Patienten und Ergebnisse aus der Grundlagenforschung vor, die Anlass zur Hoffnung geben, dass das NADA-Protokoll wie auch Ansätze aus der Körperakupunktur die Behandlungsmöglichkeiten für psychisch traumatisierte Menschen bereichern werden.

Schlüsselwörter

NADA-Ohrakupunktur, PTBS, Psychotherapie, EMDR

Abstract

The treatment of post-traumatic stress disorder and other disturbances related to psychological trauma is difficult, even though effective and mostly psychotherapeutic approaches to treatment are available.

The non-verbal and non-confronting NADA acupuncture treatment appears to be a promising adjunctive option in the specialized trauma-therapeutic setting. This is plausible, considering the essence of post-traumatic stress disorder.

Current literature presenting case reports and comprehensive data as well as results from experimental research give cause to hope that the NADA protocol, as well as other options using body acupuncture, may enhance the treatment of psychologically traumatized people.

Keywords

NADA protocol, PTSD, psychotherapy, EMDR

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. Bei dem Anlass, Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, liegen die PTBS und subsyndromale psychotraumatische Folgesyndrome weit vorn. Insofern werden auch entsprechend häufig psychotraumatherapeutische Angebote für Patienten nachgesucht. 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.

Das zentrale Problem der PTBS: Übererregung

Ein Grund liegt in einer Kernsymptomatik der PTBS. Der traumatische Stress hinterlässt im Menschen bei mangelhafter Verarbeitung der traumatischen Erfahrung eine latente Bereitschaft der Alarmsysteme, die bei Wahrnehmung ausreichend ähnlicher Reize (sog. Schlüsselreize oder Trigger) erneut aktiviert werden. Dies kann durch die Schreckreaktion als Indikator biologischer Aktivität in der Stressachse abgebildet werden, wie dies Shalev [2] und Mitarbeiter schon 1998 zeigten. Auch Yehuda [3] hat einen erhöhten Blutspiegel des Noradrenalins als wichtigen Neurotransmitter der Stressachse bei PTBS-Patienten nachgewiesen.

Die persistierende Tendenz zur Übererregung und Aktivierung der Alarmsysteme hat Folgen. Die in der konkreten Gefahr sinnvolle Reaktion mit Mobilisierung aller körperlichen Kräfte und Veränderung geistiger und seelischer Funktionen erweist sich beim Patienten mit PTBS als Sackgasse. In der Alarmreaktion werden

körperliche Aktivitäten hochgefahren, um kämpfen oder fliehen zu können. Gleichzeitig werden bestimmte kortikale Funktionen, wie die des analytischen Denkens, des Sprachverständnisses und der Sprachexpression, heruntergefahren.

Dies dient mit vielen weiteren Mechanismen dem Ziel der Bewältigung der akuten Gefahr und letztlich dem Überleben. Persistieren diese Reaktionen, führt dies jedoch zu einer Störung der Informationsverarbeitung besonders in limbisch-paralimbisch-neokortikalen Netzwerken. Wenn sich bei dem seelisch traumatisierten Menschen erstmals eine PTBS ausgebildet hat, dann reicht sie weit in das Körperliche hinein. Zur PTBS gehören dann auch neuro-humorale Veränderungen, die sich besonders auf der Stressachse zeigen.

Bei den Patienten mit einer PTBS reichen banale Alltagsreize aus, unverarbeitetes, traumatisches Erinnerungsmaterial zu aktivieren und die beschriebene Kaskade an Reaktionen in Gang zu setzen. Da zur Nachverarbeitung der traumatischen Erinnerung im Rahmen der Therapie Erinnerungsmaterial aktiviert werden muss, kann auch das therapeutische Bemühen zur Aktivierung der traumatischen Erinnerung diese Kaskade des Notfallgeschehens in Gang setzen und somit den Patienten für die normalen sprachlichen Interventionen der Psychotherapie unzugänglich machen. Auch wird die Übererregung mit dem begleitenden Effekt der Angst bis Panik vom Patienten aversiv erlebt und vermieden. Weitere Symptome sind die intrusiven Erinnerungsfragmente, die besonders auf Auslösereize hin auftreten und die Patienten belasten. Patienten versuchen verständlicherweise die Belastung durch Vermeiden der Auslöser zu minimieren.

Unserer Erfahrung nach ist die Übererregung das entscheidende Merkmal der PTBS und gleichzeitig das zentrale Problem der Behandlung, da dieses bei jeder akzidentellen oder intendierten Aktivierung der Erinnerung auftritt und dadurch die psychotherapeutische

ORIGINALIA ORIGINAL ARTICLES

ÜBER DEN WERT DES NADA-PROTOKOLLS IN DER BEHANDLUNG M. HASE, U. M. BALMACEDA | DER POSTTRAUMATISCHEN BELASTUNGSSTÖRUNG

Arbeit massiv erschwert. Denn die Aktivierung der Erinnerung ist in der Therapie letztlich unvermeidbar und zu einer Heilung der PTBS auch notwendig. Insofern finden sich in den allermeisten Ansätzen zur Behandlung der PTBS, seien sie psychotherapeutischer oder somatischer Natur, Versuche, die Übererregung des Patienten zu begrenzen. Denn nur wenn dies gelingt, kann die traumatische Erinnerung im therapeutischen Prozess nachverarbeitet werden und die Symptomatik zur Ruhe kommen.

Gemäß den vorliegenden Meta-Analysen, wir möchten hier nur die jüngste von Bisson und Mitarbeitern [4] erwähnen, ist die Behandlung der PTBS im Grundsatz Psychotherapie. Hier sind es vor allem die psychotherapeutische Methode Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) und die traumafokussierte Verhaltenstherapie, die ihre Wirksamkeit in Studien nachweisen konnten. Abbruchraten in der Behandlung können durch Beziehungsaufbau und Stabilisierung vermindert werden. Der gesamte Kontext ist allen Adaptationen psychotherapeutischer Techniken und Methoden als spezielle Psychotraumatherapie gut entwickelt und beschrieben.

Es bleibt jedoch, wie schon gesagt, das Problem der Übererregung in der Behandlung, das zentral in unserer therapeutischen Aufmerksamkeit stehen muss. Denn nur, wenn der Patient in einem angemessenen Erregungsbereich, dem sogenannten Toleranzfenster, bleibt, kann er die dann aktivierte Erinnerung verarbeiten. Zur speziellen Psychotraumatherapie gehört also zentral die Modulation der Ubererregung, denn nur dann kann auch die Differenzierung von traumatischer Vergangenheit und sicherer Gegenwart gelingen. Die Verarbeitung traumatischer Erinnerung kann so in einen Lernund Wachstumsprozess münden.

Akupunktur in der Psychotraumatherapie

Uns interessiert nun die Frage, welche Rolle die Akupunktur und, ganz besonders, das NADA-Protokoll in der speziellen Psychotraumatherapie spielen kann.

Aus der experimentellen Akupunkturforschung lassen sich durchaus interessante Erkenntnisse gewinnen. Hou und Mitarbeiter [5] haben mit einem Tiermodell der PTBS gearbeitet. Hier wurden experimentell 30 Ratten untersucht, die in drei Gruppen randomisiert wurden. Eine Gruppe waren die sozusagen gesunden, unter normalen Bedingungen, Gehaltenen. Die zweite Gruppe betraf die Ratten, die exponentiell durch anhaltenden und unausweichlichen Stress traumatisiert wurden und sozusagen eine PTBS aufwiesen. Die dritte Gruppe bestand aus den Tieren, die ebenfalls im gleichen Paradigma traumatisiert wurden, aber dann mit Elektroakupunktur behandelt wurden. Die Untersuchung erfolgte mit Verhaltensanalysen z. B. dem "Morris Wasser Labyrinth Test", aber auch durch Bestimmung des Gluco- und Mineralocorticoid Rezeptorproteins im Hippocampus.

Die Therapiegruppe erhielt Elektroakupunktur an LG 20 sowie Ma 36 beidseits einmal täglich für 30 Minuten über eine Woche. Bei der Akupunkturgruppe zeigte sich im Vergleich mit der unbehandelten PTBS eine deutliche Veränderung. Es konnte z. B. eine verkürzte Reaktionszeit im Labyrinth, eine verringerte Expression des GC-Rezeptorproteins und eine erhöhte Expression des MC-Rezeptorproteins gefunden werden. Das Ergebnis zeigt eine Verbesserung der Lernfähigkeit und eine positive Veränderung der Expression von MC- und GC-Rezeptorproteinen bei den durch Akupunktur behandelten Tieren, die auf eine positive Beeinflussung der PTBS hinweisen. Wir sehen hier also eine Wirkung der Akupunktur in stressrelevanten Systemen.

Neben dem Tiermodell gibt es Erfahrungen aus der Behandlung traumatisierter Menschen, die die Wirksamkeit von Akupunktur bei der PTBS aufzeigen.

Hollifield [6] beschrieb biologische Effekte der Akupunktur, die für die PTBS-Behandlung von Bedeutung sind. Schon dieser Autor formulierte die Annahme, dass theoretische, klinische und biologische Daten die Annahme der Wirksamkeit von Akupunktur bei PTBS stützen können. Insofern war auf weitere experimentelle und klinische Daten zu hoffen.

Die Wirkung der Akupunktur auf zerebrale Funktionen ist mittlerweile bekannt.

Wir möchten hier eine Untersuchung von Wang [7] erwähnen, der versuchte, das Erleben des *Deqi* mit dem funktionellen Kernspin abzubilden. Hier wurde zum einen der Akupunkturpunkt Le 3 rechts genadelt und stimuliert, welches dann mit einer taktilen Stimulation ohne Nadel verglichen wurde. Therapeutisch wurde versucht, unterschiedliches Degi-Erleben (Druck, Schwere, Fülle, Taubheit und Kribbeln) zu induzieren. In der Tat konnte durch Interventionen an der Nadel ein unterschiedliches Degi-Erleben am Patienten verursacht werden. Und diese unterschiedlichen Arten des Degi-Erlebens wurden durch unterschiedliche Hemmungs- bzw. Aktivierungsmuster des Gehirns im funktionellen Kernspin abgebildet. Beispielsweise kam es zu einer Deaktivierung in limbisch-paralimbisch-neocorticalen Netzwerken, die für die Behandlung der PTBS durchaus von Interesse sind.

Wie tief die Akupunktur in das psychophysische Geschehen hineinwirken kann, zeigte eine Untersuchung von Liu und Mitarbeitern [8]. Hier wurden im Tiermodell erneut Ratten mit dem Modell des unvorhersehbaren milden Stresses und der Isolation in den Zustand einer Depression gebracht. 80 Tiere wurden in vier Gruppen randomisiert. Eine Kontrollgruppe war in normaler Haltung. In drei weiteren Gruppen wurde jeweils die Depression induziert. Zwei Gruppen wurden dann mit Elektroakupunktur (EA) behandelt. Die eine Gruppe erhielt Elektroakupunktur in Kurznarkose in der Concha, die andere an der Ohrspitze als Sham-Gruppe.

Nur bei den Ratten mit induzierter Depression und der Anwendung der Elektroakupunktur in der Concha zeigte sich eine Normalisierung des Cortisols, eine Normalisierung von Blutdruck und Puls und vor allem auch eine Verhaltensnormalisierung. Beide Formen der Ohrakupunktur führten zu einem Abfall des Cortisolspiegels. Im Tiermodell war der Effekt der Elektroakupunktur in der Concha mit dem Effekt der Vagus-Stimulation in seiner Wirkung auf Herzrate und auf Blutdruck vergleichbar. Hier konnte die EA in der Concha den Effekt der induzierten Depression antagonisieren. Wir halten diese Befunde aus dem Tiermodell für bedeutsam, da hiermit Fragen des Placeboeffektes und der Induktion von Behandlungsergebnissen durch die Haltung des Untersuchers minimiert werden können.

Raben [9] hat 2011 auf die Effekte der Akupunktur in der Therapie von traumatisierten Patienten hingewiesen. Seine besondere Betonung des non-verbalen und non-konfrontativen Ansatzes der NADA-Ohrakupunktur ist sicherlich von Bedeutung. Dies wird verständlich, wenn man sich die Entstehung der PTBS im Trauma als konfrontative hoch aufgeladene Situation vergegenwärtigt. Raben setzte in seinem Aufsatz die Phasen der Stressbewältigung in Bezug zu metaphorischen Begrifflichkeiten der TCM. Auch dies scheint uns eine wesentliche Bereicherung des therapeutischen Denkens und Handelns in der Arbeit mit traumatisierten Menschen. Es gibt mehrere Berichte über die Anwendung von Akupunktur bei belasteten und traumatisierten Patienten. Duncan [10] beschreibt die Anwendung eines komplementären Behandlungsangebotes mit Ohrakupunktur, Akupressur und Zero Balancing, einem Entspannungsverfahren, bei 2.756 Soldaten. Hier konnte er über eine deut-

liche Verbesserung mehrerer Symptome berichten. Die Stressreduktion

wurde von Patienten wie auch Behandlern als wichtig eingeschätzt.



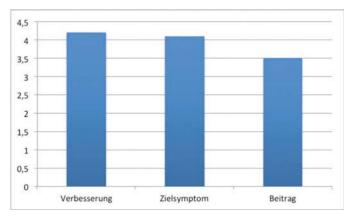


Abb. 1: Verbesserung durch NADA, Wirkung auf das Zielsymptom und Beitrag zum Behandlungsergebnis in der subjektiven Einschätzung der Patienten in der Gesamtgruppe. Je näher der Wert am Maximum 5 liegt, desto stärker wird eine Verbesserung des Wohlbefindens, eine Wirkung auf das Zielsymptom und ein Beitrag zum Behandlungsergebnis durch NADA vom Patienten subjektiv eingeschätzt.

Eisenlohr schildert die positiven Erfahrungen durch den Einsatz von Akupunktur in der Behandlung traumatisierter Bundeswehrsoldaten [11].

Das NADA-Protokoll in der Psychotraumatherapie

Im Setting der psychosomatischen Rehabilitationsklinik lässt sich die NADA-Ohrakupunktur gut einsetzen. Hase und Hase [12] stellten die Einführung des NADA-Protokolls in einer Abteilung für psychosomatische Rehabilitation und Psychotherapie dar. Hier wurden 62 Patienten untersucht und 53 Datensätze ausgewertet. Die Ergebnisse sind an anderer Stelle publiziert. Hier möchten wir nur kurz auf die gemachten Erfahrungen in Bezug auf das Thema dieses Aufsatzes eingehen.

Es scheint uns wichtig zu erwähnen, dass die Subgruppenanalyse der Patienten mit PTBS und Anpassungsstörung ebenfalls ein gutes Ansprechen auf die NADA-Ohrakupunktur bei insgesamt sehr geringen Nebenwirkungen und einer hohen Akzeptanz der Patienten zeigte. In der Untersuchungspopulation waren zwölf Patienten mit der Diagnose der PTBS respektive Anpassungsstörung (ICD F43.1, F43.2). Auch hier kam es zu einer Verbesserung der gemessenen Kennwerte mit einer hohen Akzeptanz der Patienten für die NADA-Ohrakupunktur. Nebenwirkungen wurden etwas häufiger angegeben, welches mit der sympathikotonen Spannung der Patienten erklärbar wäre. In der subjektiven Einschätzung der Patienten bezüglich des Effekts der NADA-Ohrakupunktur waren die Ergebnisse in der F43.X Subpopulation mit der Gesamtgruppe vergleichbar.

Unsere Erfahrungen mit dem NADA-Protokoll bei seelisch traumatisierten Patienten

Die Bedeutung der NADA-Ohrakupunktur bei Patienten mit PTBS liegt nach unserer Erfahrung in der hohen Akzeptanz der Patienten dieses non-verbalen und non-konfrontativen Angebotes und in der vegetativen Stabilisierung bei gleichzeitig 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 NADA-Ohrakupunktur gelingt ein Management der Übererregung, das besonders vom traumatisierten Patienten angenommen werden kann.

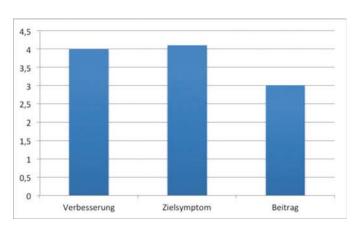


Abb. 2: Verbesserung durch NADA, Wirkung auf das Zielsymptom und Beitrag zum Behandlungsergebnis in der subjektiven Einschätzung der Patienten in der F43.X-Gruppe. Je näher der Wert am Maximum 5 liegt, desto stärker wird eine Verbesserung des Wohlbefindens, eine Wirkung auf das Zielsymptom und ein Beitrag zum Behandlungsergebnis durch NADA vom Patienten subjektiv eingeschätzt.

In vielen uns bekannten Behandlungssettings für Patienten mit psychotraumatischen Folgesyndromen ist NADA-Ohrakupunktur zu einem Grundpfeiler in der Behandlung geworden. Bislang gibt es allerdings zu wenig Forschung bezüglich der Ergebnisse, wie auch der Wirkmechanismen. Wenn sich auch das NADA-Protokoll nicht auf die vegetative Wirkung reduzieren lässt, gibt es hier doch einen Forschungsbedarf. Derzeit sind es nur wenige Einzelfälle, bei denen unter Ableitung der Herzratenvariabilität während der NADA-Akupunktur eine sehr gute vegetativ ausgleichende Wirkung dargestellt wurde. Auch hier gilt es, in der Zukunft in größerem Umfang Daten zu erheben. Unserer Erfahrung nach empfiehlt sich die Erstanwendung der NADA-Ohrakupunktur 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. Die NADA-Ohrakupunktur im Gruppensetting dient uns als mittlerweile unverzichtbare Basistherapie im Sinne einer psychovegetativen Stabilisierung. Zudem kann die NADA-Ohrakupunktur zur Unterstützung der Traumabearbeitung genutzt werden.

Fallbeispiel 1

Der 49-jährige Mann kommt zur stationären Psychotherapie. Bei ihm bestand eine chronische PTBS nach einem massiven Überfall durch eine Gruppe junger Männer im Rahmen von Gewaltkriminalität. Der Überfall war durch massive, sadistische Gewalt gekennzeichnet und führte auch zu bleibenden körperlichen Schäden. Im späteren Leben kam eine Krebserkrankung als hoch belastendes Ereignis hinzu. Der Patient hatte schon mehrfach ambulante und stationäre Traumatherapie erfahren, ohne dass es zu einer nachhaltigen Besserung gekommen war. Bei der Anamnese schilderte er massive Übererregung bei der Bearbeitung traumatischer Erinnerung als Problem. Er erhielt traumaspezifische Stabilisierung in der Gruppe und NADA-Ohrakupunktur in der Gruppe. Bei gutem Ansprechen auf die NADA-Ohrakupunktur wurde in den traumatherapeutischen Einzelsitzungen mit der EMDR-Methode gleichzeitig NADA angewandt. In dieser Kombination war die Übererregung in der Durcharbeitung traumatischer Erinnerung begrenzbar. Der Patient profitierte nachhaltig von der Therapie.

ORIGINALIA ORIGINAL ARTICLES

ÜBER DEN WERT DES NADA-PROTOKOLLS IN DER BEHANDLUNG M. HASE, U. M. BALMACEDA | DER POSTTRAUMATISCHEN BELASTUNGSSTÖRUNG

Ich persönlich (M. H.) habe gute Erfahrungen mit der Integration der NADA-Ohrakupunktur in die psychotherapeutische Arbeit mit traumakonfrontativen Methoden gemacht. So scheint es mir hilfreich, bei einigen Patienten die NADA-Ohrakupunktur zur Modulation der Übererregung in die psychotherapeutische Arbeit der EMDR-Methode zu integrieren. Natürlich geschieht dies nur mit Patienten, die in die NADA-Ohrakupunktur eingeführt wurden und diese schon vorher erhalten haben. Die Nadeln können vor der EMDR-Sitzung gesetzt werden oder auch durchaus im Sinne einer Intervention während der Sitzung, wenn deutlich wird, dass die Übererregung durch die psychotherapeutischen Interventionen und Maßnahmen nicht ausreichend zu begrenzen ist.

Doch auch die Anwendung der NADA-Ohrakupunktur per se lässt sich in den Begrifflichkeiten der speziellen Psychotraumatherapie fassen.

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 Erinnerung initiiert werden kann, die danach eigendynamisch abläuft. Letztendlich bedeutet die PTBS in ihrer Pathologie eine Behinderung der grundsätzlich möglichen Eigenverarbeitung der Erinnerung. Insofern wäre es verständlich, dass die NADA-Ohrakupunktur einen Beitrag zur Restitution der Verarbeitungsfähigkeit des Menschen darstellt. Der restituierte Verarbeitungsprozess kann dann eben eigendynamisch ablaufen und zur Verarbeitung der Erinnerung führen. Daher bedarf es unserer Einschätzung nach einer Begleitung des Patienten durch qualifizierte Mitarbeiter. Auch in der Gruppensitzung sollten Patienten mit Traumafolgestörungen nicht allein gelassen werden.

Fallbeispiel 2

Die etwa 35-jährige Frau wurde zur ersten stationären Psychotherapie aufgenommen. Bei ihr bestand eine PTBS als Folge sexualisierter Gewalt durch einen Betreuer im Sportverein. Der Übergriff lag etwa 17 Jahre zurück. Die Patientin erhielt im Rahmen der stationären Behandlung tiefenpsychologisch-interaktionelle Gruppentherapie und traumaspezifische Stabilisierung in der Gruppe. Zudem nahm sie an der NADA-Gruppe zweimal wöchentlich teil. In einer der Ohrakupunktur-Sitzungen begann die Patientin zum Ende spontan zu weinen. Auf Nachfrage durch den begleitenden Therapeuten berichtete die Patientin, dass sich die Erinnerung an den Übergriff gezeigt habe. Sie habe Bilder ablaufen sehen, die blasser geworden seien und fühle sich jetzt traurig aber freier. In einer Nachkontrolle am Folgetag zeigten sich eine deutliche Entlastung und Hinweis auf eine beginnende Verarbeitung der traumatischen Erfahrung.

Zusammenfassung und Ausblick

Akupunktur, insbesondere die NADA-Ohrakupunktur, kann die Behandlung psychisch traumatisierter Patienten bereichern. Hier ist das Management der Übererregung von besonderer Bedeutung. Zudem scheint die NADA-Ohrakupunktur einen eigenen Beitrag zur Restitution der Verarbeitungsfähigkeit zu leisten. Es bleibt zu klären, welche Patienten besonders von diesem Angebot profitieren. Bisherige Erfahrungen lassen vermuten, dass das Angebot wirksam und nebenwirkungsarm ist und von der Mehrzahl der Patienten in hohem Ausmaß akzeptiert wird. Sicherlich ist es notwendig, die Wirksamkeit der NADA-Ohrakupunktur und der Akupunktur beim Patienten mit PTBS und anderen psychotraumatischen Folgestörungen durch kontrollierte Datenerhebungen mit ausreichend großen Kollektiven zu untersuchen und abzubilden.

Eine gute Ausbildung in der NADA-Ohrakupunktur – respektive natürlich der Akupunktur –, wie auch in der Behandlung psychisch traumatisierter Menschen ist jedoch Voraussetzung für die Anwendung am Patienten. Ist dies gegeben, liegt unserer Erfahrung nach hier eine große Chance gerade für psychisch traumatisierte Patienten.

Literatur

- 1. Shapiro, F. EMDR basic principles and protocols. New York, Norton, 2001
- 2. Shalev AY, Peri T, Orr SP, Bonne O, Pitman RK. Auditory startle responses in help-seeking trauma survivors. Psychiatry Res. 1997 Mar 3;69(1):1-7
- 3. Yehuda R, Siever LJ, Teicher MH, Levengood RA, Gerber DK, et al. Plasma norepinephrine and 3-methoxy-4-hydroxyphenylglycol concentrations and severity of depression in combat posttraumatic stress disorder and major depressive disorder. Biol Psychiatry. 1998 Jul 1;44(1):56-63
- 4. Bisson J, Ehlers A, Matthew R, Pilling S, Richards D, Turner S. Psychological Treatments for Chronic Post-Traumatic Stress Disorder Systematic Review and Meta-analysis. British Journal of Psychiatry 2007;190:97-104
- 5. Hou LQ, Liu S, Xiong KR. Effects of electroacupuncture intervention on behavior changes and hippocampal glucocorticoid receptor and mineralocorticoid receptor expression levels in post-traumatic stress disorder rats. Zhen Ci Yan jiu. 2013 Apr;38(2):140-5
- 6. Hollifield M. Acupuncture for posttraumatic stress disorder: conceptual, clinical, and biological data support further research. CNS Neurosci Ther. 2011 Dec; 17(6):769-79
- 7. Wang X, Chan ST, Fang J, Nixon EE, Liu J, et al. Neural Encoding of Acupuncture Needling Sensations: Evidence from a fMRI Study, Evid Based Complement Alternat Med. 2013;2013:483105. doi: 10.1155/2013/483105. Epub 2013 Aug 25
- 8. Liu RP, Fang JL, Rong PJ, Zhao Y, Meng H, et al. Effects of Electroacupuncture at Auricular Concha Region on the Depressive Status of Unpredictable Chronic Mild Stress Rat Models. Evid Based Complement Altern Med. 2013;2013:789674. doi: 10.1155/2013/789674. Epub 2013 Jan 29
- 9. Raben R. NADA in der Verarbeitung psychischer Traumata. Dt. Ztschr f Akup. 2011:54.4:13-7
- 10. Duncan AD, Liechty JM, Miller C, Chinoy G, Ricciardi R. Employee use and perceived benefit of a complementary and alternative medicine wellness clinic at a major military hospital: evaluation of a pilot program. J Altern Complement Med. 2011 Sep;17(9):809-15
- 11. Eisenlohr V, Römer HW, Zimmermann P. Akupunktur eine neue Option in der Behandlung traumatisierter Bundeswehrsoldaten? Dt. Ztschr f Akup. 2010:53.2:29-34
- 12. Hase M, Hase A. Implementation des NADA-Protokolls in der Psychosomatik. Dt. Ztschr f Akup. 2014;57,4:12-15

Erklärung zu Interessenkonflikten

Es liegen keine Interessenkonflikte vor.

EVIDENCE FOR THE NADA EAR ACUPUNCTURE PROTOCOL

Belege für die Wirksamkeit des NADA-Protokolls

EINE LITERATURSTUDIE

By Ryan Bemis, DOM, NADA Registered Trainer

Ins Deutsche übersetzt von

Kai Baudis

Abstract

Das NADA-Protokoll, obschon ursprünglich entwickelt für die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen, wird inzwischen als Komplementärtherapie in einer Vielzahl verschiedener Settings in der gemeindeorientierten Gesundheitsversorgung (community health) eingesetzt. Die vorliegende Literaturstudie stellt erstens eine Einleitung in das NADA-Protokoll dar, in seine Ursprünge, seine Entwicklung und seine komplementäre Anwendung als ein ganzheitliches Modell der medizinischen Versorgung. Zweitens wird eine Übersicht über vorhandene Belege für die Wirksamkeit des NADA-Protokolls in der Suchttherapie, der Verhaltenstherapie und der Krebstherapie gegeben.

Einleitung

Im NADA-Protokoll werden bis zu fünf Ohrpunkte genutzt: Shen-Men, Niere, Leber, Lunge und Vegetativum. Das NADA-Protokoll basiert auf der Akupunkturforschung von Wen und Cheng (Hong Kong, 1973). Entwickelt wurde das Protokoll Mitte der 70er-Jahre von Ärzten des Lincoln Hospital in der South Bronx in New York, unter anderem Omura, Taft und Smith (Mitchell, 1995). Seitdem wurde und wird das NADA-Protokoll in einer Vielzahl von Settings im Gesundheitswesen und der Selbsthilfe in aller Welt eingesetzt.

In der englischsprachigen Fachliteratur wird es unter einer ganzen Reihe verschiedener Begriffe geführt: Acupuncture detoxifixation / acu detox (detoxification = Entgiftung); NADA acupuncture; three-point protocol / five-point protocol (Drei-Punkte- bzw. Fünf-Punkte-Protokoll); five-needle protocol, abgekürzt 5NP (Fünf-Nadel-Protokoll); SMART protocol; Auricular Acupunctur, abgekürzt AA (Ohrakupunktur). Häufig stößt man auch auf die Bezeichnungen "community acupuncture" (etwa: Akupunktur im Gruppensetting), "acupuncture" oder "auriculotherapy" (Aurikulotherapie, Ohrakupunktur). Im Folgenden wird der Begriff NADA-Protokoll verwendet.

Im Idealfall wird das NADA-Protokoll als Teil eines ganzheitlichen Behandlungsmodells eingesetzt. Das NADA-Protokoll, das im Lincoln Hospital in New York entwickelt wurde, umfasst mehrere Komponenten, die es zu einem effektiven und wirtschaftlichen Versorgungssystem machen (Smith, 2010). Dem Protokoll liegt die Erkenntnis zugrunde, dass keine einzelne Komponente eines ganzheitlichen Gesundheits- oder Wiedergesundungsprogramms die "Heilung" oder für sich genommen *die* Therapie sein kann. Dies stellt Wissenschaftler, die die Wirkmechanismen des NADA-Protokolls isolieren und ergründen möchten, vor eine Herausforderung. Wie das US-Justizministerium sowie das British Medical Journal kürzlich feststellten, wird das NADA-Protokoll am besten als Bestandteil, nicht als isolierter Funktionsmechanismus eines gemeindeorientierten Gesundheitssystems eingesetzt (American University School of Public Affairs Justice Programs Office, 2011; Cowan, 2011). Künftige Forschungen sollten diesen Umstand berücksichtigen.

Die NADA, 1985 gegründet, um Schulungen und Fortbildungen im NADA-Protokoll anzubieten, schätzt, dass bis heute etwa 25.000 Menschen im NADA-Protokoll geschult worden sind.

In über 40 Ländern existieren inzwischen Programme, die das NADA-Protokoll anwenden (National Acupuncture Detoxification Association, 2013). Das NADA-Protokoll wird in den verschiedensten Settings angewandt: In der Suchttherapie, der psychiatrischen Gesundheitsfürsorge, in Gefängnissen, bei der Katastrophenhilfe, in Indianerreservaten, in Flüchtlingscamps, in der Seelsorge, bei humanitären Hilfseinsätzen sowie bei der Behandlung von Sichelzellenanämie, Krebs und HIV/AIDS. Es werden also drei Teilgebiete abgedeckt: Suchttherapie, psychische Gesundheit sowie die Therapie von Krebserkrankungen und Blutkrankheiten.

Literaturübersicht über das NADA-Protokoll in der gemeindeorientierten medizinischen Versorgung (community health)

Die folgenden Abschnitte sollen eine Übersicht liefern über aktuelle Forschungen und Outcomes sowie die Verbreitung des NADA-Protokolls als Begleittherapie in der gemeindeorientierten medizinischen Versorgung (community health). Dies umfasst Suchttherapie, psychische Gesundheit sowie Krebstherapie.

Suchterkrankungen

Die Verbreitung und die große Eignung von Akupunktur für die Suchttherapie sind wohldokumentiert. Das amerikanische Center for Substance Abuse Treatment (2007), die Vereinten Nationen (2006), der US-amerikanische Bundesstaat New Mexiko (Bigelow, 2008) sowie die US-amerikanischen Verteidigungs- und Kriegsveteranenministerien (Department of Veterans Affairs and Department of Defense, 2010), sie alle haben Praxisleitlinien über den Wert der Akupunktur bei Abhängigkeitserkrankungen herausgegeben.

Aus Statistiken der US-Bundesregierung (SAMHSA, 2000) geht hervor, dass über 500 Suchtprogramme in den USA irgendeine Form der Akupunktur einsetzen. Eine etwas aktuellere
Schätzung von Reuben et al. (2005) kam zu dem Schluss, dass weltweit mindestens 1500
Suchttherapieprogramme irgendeine Form von Akupunktur zur Behandlung von Suchterkrankungen einsetzen. In Dänemark ist das NADA-Protokoll bei Rehabilitationsprogrammen eine
der häufigsten alternativ- und komplementärmedizinischen Anwendungen (Skovgaard, la
Cour und Kristensen, 2012).

Die Evidenzbasis für die ergänzende Anwendung des NADA-Protokolls wächst immer weiter. In anerkannten Peer-Review-Fachzeitschriften veröffentlichte Studien unterstützen die ergänzende Anwendung des NADA-Protokolls bei der Behandlung von Kokain- und Alkoholabhängigkeit (Bergdahl et al., 2012; Santasiero und Neussle, 2007; Russel, Sharp und Gilbertson, 2000; Avants, Margolin, Holford und Kosten, 2000; Shwartz, Saitz, Mulvey und Brannigan, 1999; Washburn et al., 1993; Bullock, Culliton, Olander, 1989; Bullock, Ulmen, Culliton und Olander, 1987) sowie bei Nikotinabhängigkeit (White, Rampes, Liu, Stead und Campbell, 2011; He, Berg und Hostmark, 1997). Neuere Studien von Chang, Sommers und Hertz (2010) sowie Carter, Olshan-Perlmutter, Norton und Smith (2011) haben gezeigt, dass das NADA-Protokoll in Kombination mit gewöhnlichen Behandlungsmethoden signifikant bessere Ergebnisse erzielt als "gewöhnliche" Suchtbehandlung allein. Eine Beobachtungsstudie (Janssen,

Demores und Whynot, 2005) belegte den Wert des NADA-Protokolls für Suchtkranke in einem Schadensminimierungs-Setting.

Psychische Gesundheit

In den letzten Jahren hat sich die Anwendung von Ohrakupunktur in der psychischen Gesundheit / der Psychiatrie ausgeweitet, vor allem bei Einheiten des US- und des indischen Militärs (Niemtzow, 2011; Smith, 2012) sowie in europäischen und US-amerikanischen Gefängnissen und psychiatrischen Kliniken (Smith, Carter, Landgren und Stuyt, 2011). Eine landesweit durchgeführte Studie in Schweden kam zu dem Schluss, dass das NADA-Protokoll in staatlichen Psychiatrien weit verbreitet ist (Lindell und Ek, 2010). Geschätzte 130 Gefängnisse in Europa bieten ihren Insassen Zugang zum NADA-Protokoll, wobei über 500 von der NADA geschulte Vollzugsbeamte und Anstaltsbedienstete die Behandlungen durchführen (Smith et al., 2011).

Akupunktur findet in den USA in der psychiatrischen Behandlung weiterhin breite Akzeptanz. Die medizinische Fakultät der Yale University hat ein NADA-Ausbildungsprogramm für Psychiater eingerichtet (Bruce, 2011). In den medizinischen Leitlinien des US-amerikanischen Verteidigungs- und des Veteranenministeriums (Department of Veterans Affairs and Department of Defense, 2010) wird auf die gute Qualität der Evidenzbasis verwiesen und die Anwendung von Akupunktur bei der Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen (PTSD) – unter anderem bei den Symptomen Schmerzen, Schlaflosigkeit, Depressionen und Suchterkrankungen – unterstützt. Bei Traumata und Schmerzen werden von Sanitätern des US-Militärs standardisierte Ohrakupunktur-Protokolle eingesetzt (Niemtzow, Litscher, Burns und Helms, 2009; Niemtzow et al., 2008; Niemtzow, 2011; Belard und Pock, 2011; Helms et al., 2011).

Eine ganze Reihe von Studien unterstützt die additive Anwendung des NADA-Protokolls jenseits der Suchttherapie – im Psychiatrie-, Psychohygiene- und Gefängnis-Setting (Lemaire und Gonzalez, 2011; Payer, Ots, Marktl, Pfeifer und Lehofer, 2007; Berman, Lundberg, Krook und Gyllenhammar, 2004; Nixon, Cheng und Cloutier, 2003; Berman und Lundberg, 2002). Die Studie von Carter et al. (2011) – obschon im suchttherapeutischen Setting durchgeführt – zeigt, wie das NADA-Protokoll bei einer ganzen Reihe verschiedener Symptome für Linderung sorgen kann. Darüber hinaus belegen mehrere Qualitätsberichte (Cole und Yarberry, 2011; Yarberry, 2010), Programm-Evaluationen (DARE, 2011), Akupunktur-Erfahrungsberichte (Dolan und Menolascino, 2010; Sommers und Porter, 2011) und Zeitungsartikel (Kocherga, 2012; Scudder, 2012) den Wert des NADA-Protokolls für Ersthelfer bei humanitären Einsätzen und der Katastrophenhilfe sowie für von Gewalt und Traumata betroffene Bevölkerungen. Auch die vorläufigen Berichte über das "Military Stress Recovery Project" (Akupunkturprogramm zur Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen bei Veteranen aus Irak und Afghanistan, Anm. des Übersetzers) zeigen, dass das NADA-Protokoll Kriegsveteranen bei einer ganzen Reihe von psychiatrischen Symptomen helfen kann (Duda Harris, 2012).

Krebserkrankungen und Blutkrankheiten

Bei den folgenden Erkrankungen hat das NADA-Protokoll hat bereits ergänzend oder in der Selbsthilfe Anwendung gefunden: Immunerkrankungen und Blutkrankheiten, unter anderem Sichelzellenanämie, AIDS/HIV sowie Krebs. Behandlungsprogramme, die das NADA-Protokoll anwenden, gibt es in Atlanta ("Sickle Cell Support Group of Atlanta", Einsatzgebiet Sichelzellenanämie), Portland ("Quest Center for Integrative Health", Einsatzgebiet Brustkrebs und HIV) und an der medizinischen Fakultät der University of South Carolina. Zwei kürzlich durchgeführte Studien haben den vorläufigen Nachweis erbracht, dass das NADA-Protokoll im Rahmen der Krebstherapie eingesetzt werden kann (Valois, Young, Robinson, McCourt und Maher, 2012; Harding, Harris und Chadwich, 2008).

Fazit

Das ursprünglich für die Suchttherapie entwickelte NADA-Protokoll wurde inzwischen für eine Vielzahl von Settings in der ganzen Welt adaptiert. Das Protokoll funktioniert am besten, wenn es in ein ganzheitlich arbeitendes Behandlungsmodell integriert wird. Die vorliegende Literaturstudie zeigt, dass das NADA-Protokoll in der Suchttherapie und bei der psychischen Gesundheit (unter anderem in Gefängnissen, in der Militärmedizin und in der Katastrophenund humanitären Hilfe) sowie bei der Behandlung von Krebserkrankungen und Blutkrankheiten immer weitere Verbreitung findet.

Danksagung

Vielen Dank an Elizabeth Stuyt, Sara Bursac, David Eisen, Mateo Bernal, Ruth Ackerman, Kimberly Culligan, Hermine Berenger und Andrea Weber für Ihre Unterstützung.

Über den Autor

Ryan Bemis arbeitet als NADA-Ausbilder, ADS supervisor und Akupunkteur in der Grenzregion USA/Mexiko. Er ist vom Staat New Mexiko zugelassener Doctor of Oriental Medicine. Er schreibt für die Fachpublikationen *Guidelines* und *AcuTake*. Seine Ausbildung in Akupunktur und dem NADA-Protokoll erhielt er am Oregon College of Oriental Medicine in Portland im US-Bundesstaat Oregon sowie am Lincoln Hospital in New York.

Bestandteile des NADA-Modells

Integration in andere Interventionsmaßnahmen

Dies können unterstützende, nicht-konfrontative Ansätze bei Therapie und medizinischer Versorgung sein; in der Anfangsphase der Wiedergesundung liegt der Schwerpunkt oft auf der Selbsthilfe, gegenseitiger Kontrolle und/oder Zwölf-Schritte-Gruppen.

Niederschwellig

Behandlungen nach dem NADA-Protokoll werden oft als "niederschwellige" Behandlungen angeboten. Langwierige Beurteilungen oder Zugangshürden sind unnötig, um "geeignete" Patienten zu finden. Die NADA-Klinik fungiert für die anderen Angebote als Front-End der anderen Angebote; dies ermöglicht es den Patienten, etwas "Bedeutsames" zu erfahren, ohne sich fest einem bestimmten Behandlungsprogramm zu verschreiben.

Regelmäßige Behandlungen

Behandlungen sind während der ganzen Woche ohne Voranmeldung erhältlich; Zu Beginn einer Behandlung idealerweise täglich.

Gruppensetting

Behandlung nach dem NADA-Protokoll erfolgt in einem Gruppensetting und dauert 40 bis 45 Minuten. Sämtliche klinischen Aktivitäten erfolgen in einer informellen, familienähnlichen Atmosphäre.

Ortsansässige Mitarbeiter und/oder speziell geschultes medizinisches Personal führen die Behandlung durch

Das NADA-Protokoll sollte nicht von "Vollzeit-Akupunkteuren" angewandt werden, die nichts anderes tun. Um die maximale Kosteneffizienz, Verfügbarkeit und kulturelle Kompetenz zu erreichen, werden Behandlungen nach dem NADA-Protokoll von NADA-geschultem medizinischem Personal, das bereits im vor Ort existierenden Behandlungsprogramm arbeitet, durchgeführt.

Fortschrittsüberwachung durch Drogenscreenings

Im Kontext der Suchttherapie oder der Entgiftung wird Drogenscreenings ein großer Wert beigemessen, um den Therapiefortschritt zu überwachen.

Kooperation mit Gerichten

Klinikmitarbeiter bringen die Bereitschaft mit, mit Gerichten zusammenzuarbeiten, etwa Drogengerichten (engl. drug courts), mental health courts (spezielle US-Gerichtshöfe für Straffällige, bei denen eine psychische Störung festgestellt wurde, Anm. des Übersetzers) und veterans' courts (spezielle US-Gerichtshöfe, die für infolge von PTSD straffällig gewordene, oft substanzabhängige Veteranen zuständig sind, Anm. des Übersetzers).

Literaturliste

American University School of Public Affairs, Justice Programs Office. (2011). Frequently Asked Questions Series: Effectiveness of acupuncture as an adjunct to substance abuse treatment: Summary of recent research findings. BJA Drug Court Technical Assistance Project. May 24, 2011. http://www1.spa.american.edu/justice/documents/4348.pdf

Avants, S.K., Margolin, A., Holford, T.R., Kosten, T.R. (2000). A randomized controlled trial of auricular acupuncture for cocaine dependence. *Archives of Internal Medicine*, 160(5), 2305-2312.

Belard, J.L. & Rock, A.R. (2011). Acupuncture and NATO. *Medical Acupuncture*. 23(4), 271-273.

Bergdahl, L., Berman, A.H., Haglund, K. (2012). Patients' experience of auricular acupuncture during protracted withdrawal. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. Blackwell Publishing, 1-7. doi: 10.1111/jpm.12028

Berman, A.H., Lundberg, U., Krook, A.L., Gyllenhammar, C. (2004). Treating drug using prison inmates with auricular acupuncture: a randomized controlled trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 26(2), 95-102.

Berman, A.H., Lundberg, U. (2002). Auricular acupuncture in prison psychiatric units: a pilot study. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*. (412),152-157.

Bier, I.D., Wilson, J., Studt, P., Shakleton, M. (2002). Auricular acupuncture, education and smoking cessation: A randomized, sham controlled trial. *American Journal of Public Health.* (92), 1642 – 1647.

Bigelow, J. (2008). Governor Richardson's Task Force On Prison Reform. Increasing public safety in New Mexico before, curing and after incarceration: New directions for reform in New Mexico corrections. State of New Mexico.

http://corrections.state.nm.us/reentry_reform/docs/prison_reform.pdf

Brizer, D., Castenada, R. (2010). Ear acupuncture in addiction treatment: NADA protocol. *Clinical Addiction Psychiatry*. Cambridge: University Press, 232-236.

Bruce, L. (2011). Ear Acupuncture: A tool for recovery. *Yale School of Medicine Department of Psychiatry Website*. Contributed by Connecticut Mental Health Center. http://medicine.yale.edu/psychiatry/newsandevents/cmhcacupuncture.aspx

Bullock, M.L., Culliton, P.C., Olander, R.T. (1989). Controlled trial of acupuncture for severe

Zurück zum Inhaltsverzeichnis

BELEGE FÜR DIE WIRKSAMKEIT DES NADA-PROTOKOLLS: EINE LITERATURSTUDIE

recidivistic alcoholism. *The Lancet.* 1(8652), 1435-1439.

Bullock, M.L., Ulmen, A.J., Culliton, P.D., & Olander, R.T. (1987). Acupuncture treatment of alcohol recidivism. *Alcoholism: Clinical and Experiential Research*, 11(3), 292-295.

Carter, K.O., Olshan-Perlmutter, M., Norton, H.J. & Smith, M.O. (2011) NADA acupuncture prospective trial in patients with substance use disorders and seven common health symptoms. *Medical Acupuncture*. 23(3), 131-135. doi:10.1089/acu.2010.0784.

Center for Substance Abuse Treatment. (2006). *Detoxification and substance abuse treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 45.* (DHHS Publication No. SMA 06- 4131). Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US).

Chang, B.H., Sommers, E., Hertz, L. (2010). Acupuncture and relaxation response for substance use disorder recovery. *Journal of Substance Use.* 15(6), 390-401.

Cole, B., Yarberry, M. (2011). NADA training provides PTSD relief in Haiti. *Deutsche Zeitschrift für Akupunktur*, 54, 21-24.

Cowan, D. (2010). Methodological issues in evaluating auricular acupuncture therapy for problems arising from the use of drugs and alcohol. *Acupuncture Medicine*. 29(3), 227-229. doi:10.1136/aim.2010.003772

DARE Network Staff. (2011). *DARE Network 2011 Annual Report*. http://www.darenet-work.com/images/documents/2011dare annual report.pdf

Department of Veterans Affairs and Department of Defense. (2010). Clinical practice guideline for management of post-traumatic stress. *Washington, DC: US Department of Veterans Affairs*. http://www.healthquality.va.govPost Traumatic Stress Disorder PTSD.asp

Dolan, S.D. & Menolascino, S. (November 2010). The legacy of St. Vincent's Hospital for trauma recovery. *Guidepoints*. (1, 4-5)

Duda Harris, T. (2012). Finding Solace and Relief: Acupuncture for Veterans. Acupuncture Today. 14 (2). http://www.acupuncturetoday.com/mpacms/at/article.php?id=32693

Harding, C., Harris, A., Chadwich, D. (2008). Auricular acupuncture: A novel treatment for vasomotor symptoms associated with luteinizing-hormone releasing agonist treatment for prostate cancer. *BJU International*. 103(2), 186-190.

Zurück zum Inhaltsverzeichnis

BELEGE FÜR DIE WIRKSAMKEIT DES NADA-PROTOKOLLS: EINE LITERATURSTUDIE

He, D., Berg, J.E., Hostmark, A.T. (1997). Effects of acupuncture on smoking cessation or reduction for motivated smokers. *Preventive Medicine*. 26, 208-214.

He, D., Medbe, J.I., Hostmark, A.T. (2001). Effect of acupuncture on smoking cessation or reduction: an 8-month and 5-year follow-up study. *Preventive Medicine*. 33, 364-372.

Helms, J.M., Walkowski, S.A., Elkiss, M., Pittman, D., Kouchis, N.S., Lawrence, B. (2011). HMI auricular trauma protocol: An acupuncture approach for trauma spectrum symptoms. *Medical Acupuncture*. 23(4), 209-213.

Janssen, P.A., Demorest, L.C., Whynot, E.M. (2005). Acupuncture for substance abuse treatment in downtown eastside of Vancouver. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 82 (2), 285-295.

Kocherga, A. (September 11, 2012). Residents in violent border city use acupuncture to cope with trauma. *KVUE News.* Austin: Border News Bureau. http://www.kvue.com/news/Residents-in-violent-border-city-use-acupuncture-to-cope-with-trauma-169254316.html

Lemaire, J., Gonzalez, M., (2011). *Auricular acupuncture pilot project: Final report.* Addictions Foundation of Manitoba: Program Evaluation Department.

http://www.afm.mb.ca/About%20AFM/documents/AFMAurAcupReportFinalMay2011.pdf

Lindell, L. & Ek, A.M. (2010). Komplementära metoder i psykiatriska verksamheter –och brukares upplevelser och erfarenheter [Complementary Methods in Psychiatric Activities – and Users' Experiences]. Malmö, Sweden: Malmö University. http://dspace.mah.se/bitstream/handle/2043/10520/FoU%20Rapport%202010 5.pdf? sequence=1

Mitchell, E.R. (1995). *Fighting drug abuse with acupuncture*. California, USA: Pacific View Press.

National Acupuncture Detoxification Association. (2010). *Acupuncture Detoxification Specialist Training and Resource Manual.* Laramie, WY: NADA Literature Clearinghouse.

National Acupuncture Detoxification Association. (2013). *National Acupuncture Detoxification Association Website*. http://www.acudetox.com/about-nada/12-fags

Niemtzow, R.C. (2011). Integrating acupuncture into military medicine: Strategies and challenges. *Medical Acupuncture*. 23(4), 203-204.

Niemtzow, R.C. Litscher, G., Burns, S.M., Helms, J.M. (2009). Battlefied Acupuncture: Update. *Medical Acupuncture*. 21, 1-4.

Niemtzow, R.C., Burns, S.M., Cooper, J. Libretto, S, Walter, J.A.G., Baxter. (2008). Acupuncture clinical pain trial in a military medical center: Outcomes. *Medical Acupuncture*. 20(4), 255-261. doi:10.1089/acu.2008.0594

Nixon, M.K., Cheng, M., Cloutier, P. (2003). An open trial of auricular acupuncture for the treatment of repetitive self-injury in depressed adolescents. *Canadian Child Adolescent Psychiatric Review*. 12(1), 10-12.

Payer, K., Ots, T., Marktl, G., Pfeifer, F., Lehofer, M. (2007). Patient satisfaction with the NADA protocol in a psychiatric ward: An observational study of practical application. *Deutsche Zeitschrift für Akupunktur*, 50, 10-13.

Reuben, C, Chen, T.J.H, Blum, S.H. Braverman, E., Waite, R., Miller, J., Sewall, S., Blum, K., Meshkin, K., Mengucci, J. (2005). Acupuncture & auriculotherapy: valuable natural treatment modalities for addiction. *Townsend Letter for Doctors and Patients*. 269 (81), 84.

Russell, L.C., Sharp, B., Gilbertson, B. (2000). Acupuncture for addicted patients with chronic histories of arrest. A pilot study of the Consortium Treatment Center. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 199-205.

SAMSHA: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2000). Uniform Facility Data Set (UFDS):1999 (DHHS Publication no. (SMA) 99-3314). Washington, DC: US Department of Health and Human Services.

Santasiero, R. P. Neussle, G. (2007). Cost-effectiveness of auricular acupuncture for treating substance abuse In an HMO setting: A pilot study. *Medical Acupuncture*. 16 (3).

Scudder, C. (August 11, 2012). Doctors, specialists use non-traditional medicine to treat veterans. Kansas City Health Infozine.

http://www.infozine.com/news/stories/op/stories-View/sid/52791/

Shwartz, M., Saitz, R., Mulvey, K., Brannigan, P. (1999). The value of acupuncture detoxification programs in a substance abuse treatment system. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 17(4), 305-312.

Skovgaard, L, la Cour, S. Kristensen, M. (2012). Use of complementary and alternative medicine at Danish rehabilitation institutions and drug centres. *Ugeskr Laeger*. 174(1-2), 39-41.

Zurück zum Inhaltsverzeichnis

BELEGE FÜR DIE WIRKSAMKEIT DES NADA-PROTOKOLLS: EINE LITERATURSTUDIE

Smith, Michael. (2010). Ear acupuncture in addiction treatment: NADA protocol. Aus: D. Brizer & R. Castenada (Eds.), *Clinical Addiction Psychiatry* (232-236). Cambridge: Cambridge University Press.

Smith, M.O., Carter, K.O., Landgren, K., Stuyt, E.B. (2011). Ear acupuncture in addictions treatment. Aus Johnson, B.A. (Ed.), *Addiction Medicine, Science and Practice: Volume 1* 1237-1262). Springer: New York.

Smith, M.O. (2012). The use of acupuncture in addictions treatment programs. *Huffington Post.* http://www.huffingtonpost.com/dr-michael-o-smith/addiction-acupuncture http://www.huffingtonpost.com/dr-michael-o-smith/addiction-acupuncture https://www.huffingtonpost.com/dr-michael-o-smith/addiction-acupuncture https://www.huffingtonpost.com/dr-michael-o-smith/ https://www.huffingtonpost.com/dr-michael-o-smith/ https://www.huffingtonpost.com/dr-michael-o-smith/ <a href="https://www.huff

Sommers, B. & Porter, K. (2011). Public health initiatives bring acupuncture to natural disaster survivors. *Acupuncture Today.* 12 (11).

Stuyt, E.B., Meeker, J.L. (2006). Benefits of auricular acupuncture in tobacco-free inpatient dual-diagnosis treatment. *Journal of Dual Diagnosis*, 2(4), 41-52.

United Nations: Office on Drugs and Crime. (2006). *Drug dependence treatment: Interventions for drug users in prison.* 38. http://www.unodc.org/docs/treatment/111 PRISON.pdf

Valois, B., Young, T.E., Robinson, N., McCourt, C., Maher, E. (2012). NADA ear acupuncture for breast cancer treatment-related hot flashes and night sweats: An observational study. *Medical Acupuncture*. 24 (4), 256-268.

Washburn, A.M., Fullilove, R.E., Fullilove, M.T., Keenan, P.A., McGee, B., Morris, K.A., Sorensen, J.L., Clark, W.W. (1993). Acupuncture heroin detoxification: A single blind clinical trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10 (4), 345-351.

Wen, H.L., Cheng, S.Y.C. (1973). Treatment of drug addiction by acupuncture and electrical stimulation. *Asian Journal of Medicine*. 9, 138-141.

White, A.R., Rampes, H., Liu, J.P., Stead, L.F., Campbell, J. (2011). Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 1(CD000009). doi:10.1002/14651858.CD000009.pub3.

Yarberry, M. (2010). The use of the NADA protocol for PTSD in Kenya. *Deutsche Zeitschrift für Akupunktur.* 53, 6-11.



Journal of Substance Abuse Treatment

Journal of Substance Abuse Treatment 26 (2004) 95-102

Regular article

Treating drug using prison inmates with auricular acupuncture: A randomized controlled trial

Anne H. Berman, M.Sc. a,b,*, Ulf Lundberg, Ph.D. a,b, Aud L. Krook, M.D., Ph.D. C, Carl Gyllenhammar, M.D.

^a Department of Psychology, Stockholm University, Frescati Hagväg 14, plan 3, S-106 91 Stockholm, Sweden
 ^b Center for Health Equity Studies (CHESS), Stockholm University/Karolinska Institutet, Sveavägen 160, plan 5, S-106 91 Stockholm, Sweden
 ^c Center for Medication Assisted Rehabilitation (MARIO), Kirkeveien 166, N-0407 Oslo, Norway
 ^d Marums backe, S-184 97 Ljusterö, Sweden

Received 28 March 2003; received in revised form 1 October 2003; accepted 3 October 2003

Abstract

This study tested the viability of auricular acupuncture in prisons for alleviating inmates' symptoms of psychological and physical discomfort and reducing their drug use. The experimental NADA-Acudetox protocol was compared with a non-specific helix control protocol in a randomized trial. Over a period of 18 months, a 4-week, 14-session auricular acupuncture treatment program was offered in two prisons to 163 men and women with self-reported drug use. Among treatment completers, no differences by method were found in self-reported symptoms of discomfort. Drug use occurred in the NADA group but not in the helix group. In contrast, confidence in the NADA treatment increased over time while it decreased for the helix treatment. No significant negative side effects were observed for either method. Participants in both groups reported reduced symptoms of discomfort and improved nighttime sleep. Future research should compare auricular acupuncture to a non-invasive control in order to attempt to disentangle active effects from placebo. © 2004 Elsevier Inc. All rights reserved.

Keywords: Drug abuse treatment; Prisons; Auricular acupuncture; Discomfort; Side effects

1. Introduction

Drug use among prison inmates is generally conceded among prison authorities in European countries (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2002). About 60% of Swedish prison inmates are judged to be regular users of alcohol or illicit drugs (Krantz, Hagman, & Lindsten, 2002). Treatment of drug dependence can be approached by psychosocial treatment or by a combination of pharmacological and psychosocial treatment (Gerstein, 1999; Kreek, LaForge, & Butelman, 2002; National Institute on Drug Abuse, 2000). However, not all prison inmates who use drugs have access to such treatment or are motivated for it.

Auricular acupuncture is a non-verbal, non-confrontational treatment method that can be administered by nonmedical staff to inmates who use different types of drugs and who do not need to clearly indicate motivation for drug treatment. Published research on auricular acupuncture for prison inmates is scarce. Two of the authors recently published a pilot study on auricular acupuncture for prison inmates in psychiatric units (Berman & Lundberg, 2002). Unpublished studies in the prison setting generally suggest positive effects for auricular acupuncture participants according to a variety of dependent variables. One study found significantly lower re-arrest rates among 78 released inmates who had received five or more auricular acupuncture treatments (Brumbaugh & Wheeler, 1991). Another study, however, found no significant difference between rearrest rates among 29 women jail inmates who had volunteered for auricular acupuncture treatments, compared to a randomly selected untreated sample (Brumbaugh, 1992). Significantly reduced intra-prison charges and positive urine tests were found for acupuncture participants in Dartmoor prison in England compared to non-randomized controls. Other unpublished reports indicate reduced violent incidents for violent offenders at the San Francisco County Jail, reduced self-reported emotional discomfort for women at a Santa Clara County Correctional Center for Women, better self-reported health and no violent incidents for inmates at

^{*} Corresponding author. Tel.: +46-8-674-7600; fax: +46-8-16-26-00. *E-mail address:* anne.h.berman@chess.su.se (A.H. Berman).

the Denver County Jail and reduced self-reported emotional discomfort and intrusive sexual fantasies for sexual offenders at a Minnesota corrections facility (M. Smith, personal communication, 2002).

A Swedish pilot study that inspired the present trial reported that 10 drug-dependent women inmates at a Swedish women's prison who were randomly assigned to a 4-week treatment program with auricular acupuncture, or to a waiting-list control, showed significant positive post-treatment effects on worry [Swedish *oro*]. In addition, all participants maintained negative urine tests during the course of the treatment (Blow, Gyllenhammar, & Stevens, 1995).

The relatively wider range of published research on auricular acupuncture in addiction treatment settings outside prisons describes controlled research on both inpatients and outpatients. Most studies have limited their samples to individuals abusing one particular substance, such as alcohol (Bullock, Culliton, & Olander, 1989; Bullock et al., 2002; Bullock, Umen, Culliton, & Olander, 1987; Sapir-Weise, Berglund, Frank, & Kristenson, 1999), heroin (Lipton, Brewington, & Smith, 1994), or cocaine (Avants, Margolin, Holford, & Kosten, 2000; Bullock, Kiresuk, Pheley, Culliton, & Lenz, 1998; Margolin et al., 2001), and have used a nonspecific acupuncture protocol as a control. Half of these studies have shown reduced intake of the substance and one or two other positive effects for the widely used NADA-Acudetox¹ protocol (Avants et al., 2000; Bullock et al., 1987, 1989; Lipton et al., 1994). The remaining studies have not found any difference between the NADA protocol and the control treatment (Bullock et al., 1998, 2002; Margolin et al., 2001; Sapir-Weise et al., 1999). One study focusing on the effect of a single session of ear acupuncture on psychological and physiological measures of drug craving among cocaine users found no difference between the experimental and control protocols (Killeen et al., 2002).

The treatment-oriented approach of focusing upon groups of patients abusing particular substances, while used in addiction treatment settings, is at present not a priority for most prison authorities. Instead, inmates are identified as generic "drug users" and at best a differentiation is made between abuse of alcohol and abuse of drugs. Controlled studies on auricular acupuncture for outpatients with heterogeneous drug use have shown that adding acupuncture to already existing treatment programs for such drug users has led to more rapid abstinence from drugs (Konefal, Duncan, & Clemence, 1994), lower re-admission rates to a detoxification program (Shwartz, Saitz, Mulvey, & Brannigan, 1999) and better treatment retention (Russell, Sharp, & Gilbertson, 2000).

Design objectives for the present study in the prison setting were to increase sample size in the prison setting, improve control procedures, establish a single-blind design, and to collect qualitative data on treatment effects (Ter Riet, Kleijnen, & Knipschild, 1990). Specifically, our purposes in this study were: (a) to document the viability of an auricular acupuncture treatment program in the prison environment, (b) to test the widely used NADA-Acudetox protocol (Smith, 1979; Smith & Khan, 1988) against a non-specific control protocol, and (c) to investigate side effects by means of qualitative data on inmates' experience of the treatment. We hypothesized that there would be a demand for an auricular acupuncture treatment program in the two prisons where the study took place. We also expected that the experimental NADA treatment would show superior effects compared to the helix control procedure. Finally, we hoped the qualitative results would expose possible negative side effects of the treatment and provide a more subtle description of positive effects previously described in clinical anecdotes.

2. Method

The study was carried out between January 1997 and June 1998 at two medium-security institutions, one for women and the other for men, each housing approximately 45 inmates serving sentences lasting between 1 and 12 months. The study design was prospective, single-blind, with random assignment to treatment and repeated measures. The regional scientific ethical committee at Karolinska Institutet approved the study (#96-202).

2.1. Participants

Study participants were recruited to a 4-week treatment program following an open information session given by the first author in the prison. The information session was held every 4 to 6 weeks during the study recruitment period of 18 months. Information brochures on the study were available to inmates in the office of the prison nurse and through the prison officers. Each inmate interested in voluntarily participating in the study signed a consent form that included the understanding that he or she could choose to leave the treatment program at any time with no obligation or consequences.

Participants were told that the purpose of the study was to compare two auricular acupuncture treatment protocols, one of which had been successfully tested clinically but both of which were active treatments. The two protocols were presented as having the potential of being equally effective in view of the presence of active points on the helix of the ear (Oleson, 1995). Participants were informed that they would be randomly allocated to treatment according to one of the protocols. The NADA-Acudetox protocol was referred to as the "middle" treatment since three of the five needles are inserted in the concha of the ear and the non-specific protocol with five points on the helix of the ear was referred to as the "edge" treatment (both protocols are bilateral).

¹ Training in the NADA-Acudetox auricular acupuncture protocol is certified by the National Acupuncture Detoxification Association (NADA) and is available in the United States, Europe and Australia (NADA, 2003).

2.2. Outcome measures

Participants registered for the study by filling in three questionnaires. One was a simple drug use questionnaire, adapted for the study based on existing forms used in the Swedish Prison and Probation Administration and on that used by Stevens in Blow et al. (1995). The second was the Acupuncture Treatment Assessment Scale (ATAS), which was adapted for this study from a similar scale used by Blow et al. (1995). The dimensions measured on the ATAS were worry, muscle tension, drug craving, physical well-being and psychological well-being; the response scale consisted of 13 unnumbered boxes with the positive status on the left and the negative status on the right. The third questionnaire was a Swedish research version of the Symptom Check List 90 (SCL-90; Derogatis, 1994), as a measure of psychiatric status.

During the treatment program, participants filled in the ATAS before and after each treatment session. Also, after the first and fourth weeks of treatment, participants filled in the four-question Treatment Credibility Scale (TCS; Vincent, 1990), translated with the author's permission into Swedish for this study.

Semi-structured questionnaires were constructed for personal interviews with the inmates before and after each 4-week treatment program. Treatment providers recorded the number of acupuncture treatments for each participant per 4-week program on a grid constructed for this purpose. Urine samples taken every other day at the men's prison were analyzed locally for cannabis, amphetamines, benzo-diazepines, and opiates on a Dade Bering Viva Drugs-of-Abuse Testing Analyzer. Urine samples were also collected before and after each inmate furlough. All positive urine tests were sent for verification to the Department of Forensic Chemistry at the National Board of Forensic Medicine.

2.3. Treatment procedure

The choice of ear points has varied in earlier studies both for the NADA treatment and for the control protocol. According to the World Health Organization, control procedures need to be considerably improved for acupuncture research to provide results that can lead to evidence-based decisions (World Health Organization, 1995). For the experimental treatments in auricular acupuncture research, some studies have used three points in the NADA-Acudetox protocol with one body point: LI 4 (Avants, Margolin, Chang, Kosten, & Birch, 1995; Bullock et al., 1989). Others have used four points in the NADA protocol (Lipton et al., 1994; Margolin et al., 2001). Control ear points have been non-specific for drug use. Studies have used presumably inactive points placed 4-5 mm from NADA points (Bullock et al., 1989) or 2 mm from NADA points (Avants et al., 1995). In the Lipton et al. (1994) study, non-specific points 4 mm from NADA points were also used, but they were chosen in areas corresponding to points active for diagnoses other than drug abuse or dependence. Most recently, Margolin, Avants, and their colleagues recommended the use of control points in the helix of the ear, an area clearly remote from the inner ear area of the NADA points (Avants et al., 1995, 2000; Margolin, Chang, Avants, & Kosten, 1993; Margolin et al., 2001).

In this study, all five NADA-Acudetox points (Shen Men, Sympathetic, Kidney, Liver, Lung) were chosen for the experimental treatment in order to follow standard clinical practice. The control protocol consisted of five points on the helix of the ear, placed on a line stretching from just under Darwin's tubercle down to the area on the helix corresponding to an anterior line drawn from the antihelix tail. Stainless steel disposable needles (0.22 \times 0.13 mm), manufactured by the Suzhou medical appliance factory in China, were inserted according to standard procedure just under the skin at each of the five points on both ears.

Each treatment session lasted approximately 40 min with women reclining in adjustable lawn-type chairs and men lying on mats on the floor of the prison gymnasium. A choice of approximately 10 music tapes was available to both groups. A spoken guided relaxation tape was also available to the women.

2.4. Study procedure

Once participants had registered for the study, they were individually interviewed by the first author. Contraindications for treatment were local inflammation of the ear, pregnancy, and pre-psychotic or psychotic states as indicated by the Psychotic Scale of the SCL-90 or according to prison medical staff observations.

Three acupuncturists with experience of the NADA-Acudetox protocol administered the treatment, one nurse and one non-medically trained prison officer in the women's prison and one nurse in the men's prison. Both nurses were also trained in acupuncture according to traditional Chinese medicine. The acupuncturists were trained in the non-specific helix control procedure at a 1-day session with a followup session 6 months later. Random allocation to one of the two treatment groups was done in a manual lottery by the first author. Acupuncturists were informed of group assignment just before the first treatment date.

The treatment program consisted of 14 sessions. Five sessions were given during the first week of the program, and three sessions were given during each of the following 3 weeks. Following the end of the fourth week of treatment, the first author returned to the prison and interviewed all inmates who had participated in the program, including those who dropped out before completing 14 treatments and who were still serving their sentences.² On this occasion a new information session was held and a new group of

² Some final interviews were carried out by telephone when the inmate was unavailable for an interview during the project leader's visit to the prison or when the inmate was no longer at the prison.

participants was also interviewed. The number of participants in each new group varied between 5 and 12.

3. Results

3.1. Participants and baseline scores

A total of 174 inmates registered for participation. No registered participants were excluded from the study based on the contraindications. One of the authors, a psychiatrist, was consulted in two cases of high scores on the Psychotic Scale of the SCL-90. In both cases, a decision was made to allow participation. Of the eligible sample, 11 who did not use drugs were excluded from analysis. Randomization was carried out for 163 intent-to-treat (ITT) participants, but the randomization results were lost for five persons, who were excluded. The analyzed ITT sample thus included 158 participants who were assigned to treatment with the NADA protocol (n = 82, 52%) or the helix control protocol (n = 76, 48%).

Participants were allowed to remain in the study even if they missed a treatment. We measured the total number of treatments received over the 4-week study period. Treatment completers were defined as participants who received 10 treatments or more, in line with standard practice for initial acupuncture treatment, which stipulates between 8 and 12 sessions (Stux & Pomeranz, 1998). Participants who received fewer than 10 treatments were referred to as dropouts. In the NADA group, 39% completed treatment, compared to 58% in the helix group (p < .05). Fig. 1 shows the flow of participants through the study.

The ITT sample included 61% men (n = 97) and 39% women (n = 61), with a mean age of 33.5 years. Most participants were 25–44 years old (80%), with 12% under 25 and 8% over 45 years old. The self-reported drug of preference was amphetamine for 51% of the participants, heroin for 12%, cannabis for 10%, a combination of amphetamines and cannabis for 8%, alcohol for 8%, hypnotics, sedatives or analgesics for 3%, and poly-drug use for 3%. Data on drug preferences were unavailable for 7% of the ITT sample. No differences in gender, age, or preferred drug were noted between the experimental and control groups.

Baseline data on the SCL-90 and the ATAS by treatment retention and method were available for most of the ITT sample.

Among dropouts, baseline scores indicated more anxiety, phobic anxiety, and global severity of symptoms on the SCL-90 for the helix group. Baseline ATAS scores confirmed that helix group dropouts experienced more worry and lower physical and psychological well-being than NADA-group dropouts. Among the treatment completers, no differences were noted except for a tendency to higher depression scores on the SCL-90 for the helix completers.

Three findings regarding gender are worth noting. Men in the dropout group scored significantly higher than women on the Hostility scale of the SCL-90 (p < .01), and they tended to score higher than women on the Paranoid Ideation scale (p < .10) Among treatment completers, women tended to show worse subjective physical well-being according to the ATAS (p < .10).

3.2. Outcome scores

Only treatment completers with complete data on each outcome measure (see Fig. 1) were included in outcome analyses. Missing data among treatment completers was due to poor documentation at the prisons or because participants were not at the prison on the day of the last treatment or at the followup interview.

Repeated measures analyses of variance on the five ATAS items and the nine SCL-90 dimensions showed no differences by method. However, post-treatment scores on the ATAS and the SCL-90 dropped significantly for both groups compared to baseline scores (effect sizes .46–.75 for the ATAS and .26–.68 for the SCL-90). Following each of the first 10 treatment sessions, scores on a composite index of the ATAS dropped significantly for both groups, with no difference by method.

A repeated measures analysis of variance on the TCS items showed a within-subjects interaction on confidence by method (F = 7.99, p < .01), where confidence in treatment *increased* over time for participants in the NADA group (from M = 3.9, SD = 1.2 to M = 4.3, SD = 1.3) and *decreased* over time for participants in the helix group (from M = 4.1, SD = 1.2 to M = 3.9, SD = 1.2; see Fig. 2). No effects on the remaining TCS items occurred.

3.3. Drug use

Drug use was analyzed non-parametrically, using a dichotomous dependent variable indicating whether or not drug use occurred during the 11 treatment program blocks over the 18-month trial. Total abstinence from drug use for both the helix and the NADA groups occurred in 8 of the 11 program blocks. Compared to the helix group, where no drug use at all was found, 27% of the NADA participants gave positive urine tests during the study ($\chi^2 = 8.68, p < .01$). Four of the six NADA participants who used drugs during the program were from the same program block, however, suggesting that the drug use could have been a phenomenon particular to that group. When all participants in that program block were dropped from analysis, a tendency remained for increased drug use in the NADA group

³ Among the treatment completers, one man in the helix group who had severe sleep disturbance participated in all 14 auricular acupuncture sessions but body acupuncture points Yintang, DU20, LI4 and LU7 were added at the 7th to 14th treatments. A man in the NADA group experienced pain in one ear and was treated unilaterally between the 2nd and 8th sessions. These two participants both completed all 14 sessions and they were retained in the data sample. Their inclusion did not influence the overall results.

A.H. Berman et al. / Journal of Substance Abuse Treatment 26 (2004) 95-102

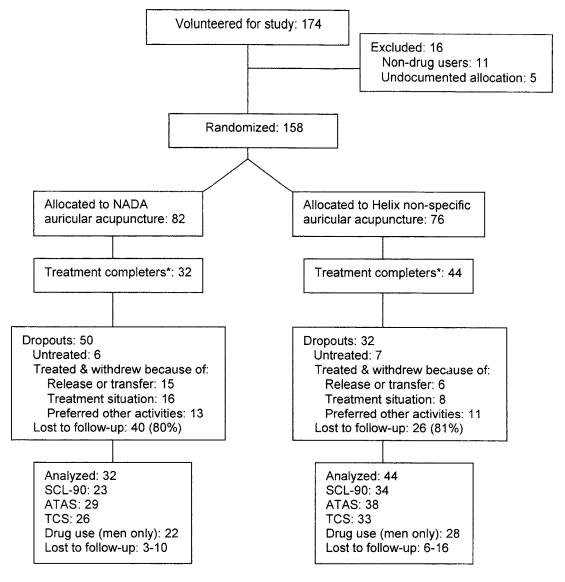


Fig. 1. Participant flow diagram in a randomized controlled trial of the NADA-Acudetox protocol among men and women in prison. * Treatment completers are defined as all participants who received 10 or more treatments.

 $(\chi^2 = 3.03, p < .10)$, based on positive urine tests for two participants from two separate program blocks.

3.4. Side effects

According to pharmaceutical praxis, negative side effects can be divided into two categories: Type A effects directly related to the pharmaceutical characteristics of a medication, and Type B effects resulting from non-pharmacological mechanisms such as immune system or allergic responses (FASS, 2000). For auricular acupuncture, parallel Type A effects would be pain at needle insertion, dizziness or blood pressure changes. An example of parallel Type B effects could be triggered psychotic states.

Regarding Type A effects, we found that about 26% of participants in the intent-to-treat sample dropped out because of pain at insertion. Among the treatment completers,

two participants (one from each group) completed treatment even though they found it painful. These two had unusually high scores on the Global Severity Index of the SCL-90 compared to other participants who discontinued treatment earlier because of pain (F(2,14) = 4.17; p < .05).

As for Type B effects, we closely followed five treatment completers with comparatively high scores on the Psychoticism dimension of the SCL-90. We found that the scores on this dimension dropped significantly for all five participants after treatment (t = 4.0, p < .05). Observations by the acupuncturists and prison staff seemed to confirm that possible psychotic tendencies were reversed rather than exacerbated.

Interview results based on 73 pre-treatment interviews and 69 post-treatment interviews with treatment completers showed one notable positive side effect of the treatment: improved nighttime sleep. Among NADA treatment

A.H. Berman et al. / Journal of Substance Abuse Treatment 26 (2004) 95-102

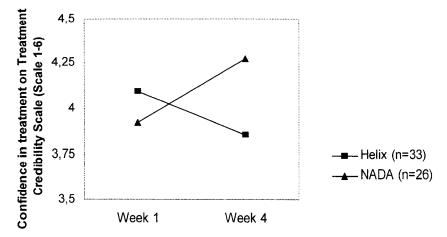


Fig. 2. Confidence in treatment over time according to the Treatment Credibility Scale (Vincent, 1990) for prison inmates who completed treatment with a helix control protocol (n = 33) or with the NADA protocol (n = 26); (F = 7.99, p < .01).

completers, 77% indicated they slept better, and 50% of the helix treatment completers reported the same effect.

4. Discussion

This study was unique in that we conducted a randomized controlled trial in a prison environment over a period of 18 months. We found no major differences between the two auricular acupuncture protocols tested, in line with similar previous findings for alcohol and cocaine users in outpatient settings (Bullock et al., 1998, 2002; Margolin et al., 2001; Sapir-Weise et al., 1999). One of the motivations for conducting the study was a concern among medical staff in the Prison and Probation Administration that the prison population, already more vulnerable (Fazel & Danesh, 2002; Nilsson, 2002), would be negatively affected by a complementary medical treatment such as auricular acupuncture. We found no evidence for their concerns, noting only transitory pain at needle insertion, which was either resolved by dropout or tolerated. An independent study on the ethical parameters for inmates in our study found that participation was perceived as fully voluntary (Lynoe, Sandlund, & Jacobsson, 2001).

A pressing concern among prison administrators is how to reduce drug use among prisoners. Our findings indicated that auricular acupuncture treatment was associated with total abstinence from drug use in the helix group and 73% abstinence in the NADA group. No controlled comparison to an untreated group was available. Comparisons of abstinence figures from four acupuncture studies on auricular acupuncture for cocaine addicts show higher abstinence rates in the eighth week of treatment for participants

receiving acupuncture *and* coping skills training (CST), compared to CST only, acupuncture only and methadone maintenance only (57%, 40%, 15% and 10% respectively; Margolin, 2003). Similar findings were reported in a randomized controlled study among voluntary or court-mandated heterogeneous drug users, who showed better abstinence rates when acupuncture was added to a 16-week group counseling intervention with frequent urine testing (Konefal et al., 1994).

Previous research has shown that total abstinence in an auricular acupuncture treatment group for active drug users may be an unrealistic goal. The relatively high abstinence rates observed in our study may be explained by the limited accessibility of drugs in prison. In order to answer the question of whether auricular acupuncture treatment contributes to reduced drug use in the prison setting, future studies should gather baseline and urine test data on inmates who do not volunteer for treatment in order to allow comparison with untreated groups. Also, in view of the positive findings reported when acupuncture is added to ordinary treatment offerings (Konefal et al., 1994; Russell et al., 2000; Shwartz et al., 1999), future studies studying retention and abstinence from drugs should add a treatment group with structured psychosocial treatment focusing on specific drug abstinence coping strategies.

A second focus of this study was reducing symptoms of personal discomfort for drug users in prison. While we found no differences between the two methods, we did see a significant positive reduction over time in self-reported symptoms of physical and psychological discomfort. In the absence of an untreated comparison group, we do not know whether the observed changes over time were due to the natural course of time, the prison setting, participation in a research study, specific readiness to change among study volunteers, or an active acupuncture effect for both treatments. Furthermore, with our present design, non-specific treatment-related factors such as music, dimmed lights, and a welcoming attitude on the part of the treatment providers,

⁴ Urine test data for inmates who did not participate in the study showed significantly lower abstinence rates compared to participants. However, since no baseline data were collected for non-participants, these results are not interpreted.

were inextricable from acupuncture effects. We agree with Bullock et al. (2002) that placebo and other non-specific effects related to situational variables are extremely difficult to disentangle. The nature of the placebo effect is difficult to specify and may have much to do with the relationship between the treatment provider and receiver (Vincent & Furnham, 1997). However, the placebo effect in itself is not a disadvantage but rather can enhance and prolong active treatment effects (Boström, 1997).

One recent large study included a non-invasive relaxation control in an attempt to isolate placebo effects, with negative results (Margolin et al., 2001), but another study found better results for NADA participants compared to needle and relaxation controls (Avants et al., 2000). These two studies differed in that participants in the former were offered payment as an incentive to remain in treatment and participants in the latter study were offered manualguided CST counseling without any payment incentive, suggesting that important aspects of the treatment context may influence acupuncture trial results (Margolin, Avants, & Holford, 2002). Future research should be designed so as to answer the question of whether auricular acupuncture, at the least, might offer a means of harnessing specified placebo effects for reducing the general personal discomfort caused by intensive drug use.

Our finding of improved nighttime sleep for treatment completers (with an apparent advantage for the NADA-Acudetox protocol), not previously reported, may be associated with similar previous findings on reduced anxiety (Bullock et al., 1998; Sapir-Weise et al., 1999). These findings may indicate support for the suggestion by Lipton et al. (1994) that auricular acupuncture might affect aspects of emotional health that are not specifically related to drug craving but to the general syndrome of anxiety and depression related to prolonged use of any substance. Pilot data indicating positive long-term effects may be also related to this broader effect spectrum (Berman & Lundberg, 2002; Gurevich, Duckworth, Imhof, & Katz, 1996). Again, however, we have not been able to disentangle any positive side effects from placebo effects.

Some methodological issues that may have confounded our findings merit comment. One concern regarding our findings is how consistent the helix treatment was. We specified the helix protocol by instructing needle insertion at five points between Darwin's tubercle and the area on the helix corresponding to an anterior line drawn from the antihelix tail. However, we did not specify avoidance of "liver Yang" points, as Avants et al. (2000) did in their study showing that NADA acupuncture patients addicted to cocaine were significantly more likely than needle-insertion controls and relaxation controls to provide cocaine-negative urine samples. It may also be of significance that all acupuncturists initially expressed a negative attitude towards treatment with the helix protocol, although their attitude changed when they observed that the study participants reacted positively to helix treatment.

Another issue is that treatment and control groups in our study were supposed to be separated according to the original design. However, about midway into the trial, small groups and organizational pressures at the prisons led to a merging of the two groups at both prisons. It is not clear what consequences this might have had for our results.

Finally, the reader will have noticed the varying numbers of missing data in the ITT sample and in the analyzed TC sample (see Fig. 1). Although prisons are closed institutions, the inmates in our sample were sentenced to relatively short terms of confinement. This meant that interruptions in their commitments were regular occurrences, due to externally imposed factors such as work, study, recreational activities or medical care, or post-release planning related visits outside the prison. Resolving this obstacle to effective controlled research in prisons is a significant challenge for the future.

This study presents findings from one randomized controlled trial on auricular acupuncture in the prison setting. We found a demand for auricular acupuncture among prison inmates, and no negative side effects for the treatment. However, our study did not yield any major evidence for the superiority of the NADA protocol compared to the helix control protocol nor for the reverse. Despite the present findings, the body of literature concerning auricular acupuncture still indicates that it may be of potential value in relieving personal discomfort, improving treatment retention, and increasing abstinence from drugs, particularly as an adjunct to structured, intensive psychosocial treatment. The issue of placebo effects in both the NADA and nonspecific protocols was not addressed by this study. Future research should include non-invasive controls in order to attempt to disentangle placebo from active effects. It seems vital to also include structured intensive drug use treatment in such research in order to further elucidate the possible contribution of auricular acupuncture to treatment retention and abstinence from drugs.

Acknowledgments

The Stockholm and Härnösand offices of the Swedish National Prison and Probation Administration provided financial support for the study. We thank Arthur Margolin, Ph.D., for comments on an earlier version of this manuscript.

References

Avants, S. K., Margolin, A., Chang, P., Kosten, T., & Birch, S. (1995).
Acupuncture for the treatment of cocaine addiction: Investigation of a needle puncture control. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12 (3), 195–205.

Avants, S. K., Margolin, A., Holford, T. R., & Kosten, T. R. (2000). A randomized controlled trial of auricular acupuncture for cocaine dependence. Archives of Internal Medicine, 160 (15), 2305–2312.

- Berman, A. H., & Lundberg, U. (2002). Auricular acupuncture in prison psychiatric units: a pilot study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106 (Suppl. 412), 152–157.
- Blow, D., Gyllenhammar, C., & Stevens, A. (1995). Pilot project report: Research and information on the use of auricular acupuncture in the criminal justice system in Sweden, the United Kingdom and Italy. Unpublished manuscript, London: Cranstoun Projects Prisoners' Resource Service for the European Network of Services for Drug Users in Prison.
- Boströrm, H. (1997). Placebo-the forgotten drug. Scandinavian Journal of Work and Environmental Health, 23, 53-57.
- Brumbaugh, A. (1992). Santa Barbara County Women's Honor Farm Jail Research Project. Unpublished manuscript, Santa Barbara, CA: Council on Alcoholism and Drug Abuse, Project Recovery.
- Brumbaugh, A., & Wheeler, S. (1991). Six month jail demonstration program: Preliminary analysis. Unpublished manuscript, Santa Barbara, California: Council on Alcoholism and Drug Abuse, Project Recovery.
- Bullock, M. L., Culliton, P. D., & Olander, R. T. (1989). Controlled trial of acupuncture for severe recidivist alcoholism. *The Lancet*, 1435–1439 (June 24).
- Bullock, M. L., Kiresuk, T. J., Pheley, A. M., Culliton, P. D., & Lenz, S. K. (1998). Auricular acupuncture in the treatment of cocaine abuse: A study of efficacy and dosing. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16 (1), 31–38.
- Bullock, M. L., Kiresuk, T. J., Sherman, R. E., Lenz, S. K., Culliton, P. D., Boucher, T. A., & Nolan, C. J. (2002). A large randomized placebo controlled study of auricular acupuncture for alcohol dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22, 71–77.
- Bullock, M. L., Umen, A. J., Culliton, P. D., & Olander, R. T. (1987).
 Acupuncture treatment of alcoholic recidivism: A pilot study. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 11 (3), 292–295.
- Derogatis, L. (1994). SCL-90-R: Administration, Scoring, and Procedures Manual. Minneapolis: National Computers Systems, Inc.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2002). *Proportion of drug users among prisoners in EU countries (%)*. Retrieved Dec. 16, 2002. Available www.emcdda.eu.int.
- FASS® (The Swedish Drug Compendium). (2000). Läkemedel i Sverige. [Pharmaceuticals in Sweden]. Stockholm: Linfo Läkemedelsinformation AB.
- Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet*, 359 (9306), 545–550.
- Gerstein, D. R. (1999). Outcome Research: Drug Abuse. In M. Kleber, & H. D. Kleber (Eds.), Textbook of substance abuse treatment (pp. 135–147). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Gurevich, M. I., Duckworth, D., Imhof, J. E., & Katz, J. L. (1996). Is auricular acupuncture beneficial in the inpatient treatment of substance-abusing patients? A pilot study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13 (2), 165–171.
- Killeen, T. K., Haight, B., Brady, K., Herman, J., Michel, Y., Stuart, G., & Young, S. (2002). The effect of auricular acupuncture on psychophysiological measures of cocaine craving. *Issues in Mental Health Nursing*, 23, 445–459.
- Konefal, J., Duncan, R., & Clemence, C. (1994). The impact of the addition of an acupuncture treatment program to an existing Metro-Dade County outpatient substance abuse treatment facility. *Journal of Addictive Dis*eases, 13, 71–99.
- Krantz, L., Hagman, K., & Lindsten, K. (2002). Kriminalvårdens redovisning om drogsituationen. [Report by the Prison and Probation Administration on the drug situation.]. Retrieved August 26, 2003. Available www.kvv.se.
- Kreek, M. J., LaForge, K. S., & Butelman, E. (2002). Pharmacotherapy of addictions. *Nature Reviews*, 1, 710–726.

- Lipton, D. S., Brewington, V., & Smith, M. (1994). Acupuncture for crack-cocaine detoxification: Experimental evaluation of efficacy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11 (3), 205–215.
- Lynoe, N., Sandlund, M., & Jacobsson, L. (2001). Informed consent in two Swedish prisons: a study of quality of information and reasons for participating in a clinical trial. *Medicine and Law*, 20 (4), 515–523.
- Margolin, A. (2003). Auricular acupuncture for the treatment of cocaine addiction. In J. L. Sorensen, R. A. Rawson, J. Guydish, & J. E. Zweben (Eds.), *Drug abuse treatment through collaboration: Practice and re*search partnerships that work. Washington, DC: American Psychological Association.
- Margolin, A., Avants, S. K., & Holford, T. R. (2002). Interpreting conflicting findings from clinical trials of auricular acupuncture for cocaine addiction: Does treatment context influence outcome? *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 8 (2), 111–121.
- Margolin, A., Chang, P., Avants, S. K., & Kosten, T. (1993). Effects of sham and real auricular needling: Implications for trials of acupuncture for cocaine addiction. *American Journal of Chinese Medicine*, 21 (2), 103–111.
- Margolin, A., Kleber, H. D., Avants, S. K., Konefal, J., Gawin, F., Stark, E., Sorensen, J., Midkiff, E., Wells, E., Jackson, T. R., Bullock, M., Culliton, P. D., Boles, S., & Vaughan, R. (2001). Acupuncture for the treatment of cocaine addiction—A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 287 (1), 55–63.
- NADA (National Acupuncture Detoxification Association). (2003). Acu Detox Information Center. Retrieved September 30, 2003. Available www.acudetox.com.
- National Institute on Drug Abuse. (2000). *Approaches to drug abuse counseling*. (NIH Publication No. 00–4151.).
- Nilsson, A. (2002). Fånge i marginalen: Uppväxtvillkor, levnadsförhållanden och återfall i brott bland fångar [Confined to the margins. The childhood, living conditions and recidivism of prison inmates.]. Unpublished Ph.D. dissertation, Stockholm University, Stockholm.
- Oleson, T. (1995). *International handbook of ear reflex points*. Los Angeles: Health Care Alternatives.
- Russell, L. C., Sharp, L. C., & Gilbertson, B. (2000). Acupuncture for addicted patients with chronic histories of arrest: A pilot study of the Consortium Treatment Center. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 199–205.
- Sapir-Weise, R., Berglund, M., Frank, A., & Kristenson, H. (1999). Acupuncture in alcoholism treatment: A randomized out-patient study. *Alcohol & Alcoholism*, 34 (4), 629–635.
- Shwartz, M., Saitz, R., Mulvey, K., & Brannigan, P. (1999). The value of acupuncture detoxification programs in a substance abuse treatment system. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17 (4), 305–312.
- Smith, M. (1979). Acupuncture and natural healing in drug detoxification. *American Journal of Acupuncture*, 7 (2), 97–107.
- Smith, M., & Khan, I. (1988). An acupuncture programme for the treatment of drug-addicted persons. *Bulletin on Narcotics*, 40 (1), 35–41.
- Stux, G., & Pomeranz, B. (1998). *Basics of acupuncture*. (4th ed.). Berlin: Springer-Verlag.
- Ter Riet, G., Kleijnen, J., & Knipschild, P. (1990). A meta-analysis of studies into the effect of acupuncture on addiction. *British Journal of General Practice*, 40, 379–382.
- World Health Organization. (1995). Guidelines for clinical research on acupuncture. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific.
- Vincent, C. (1990). Credibility assessment in trials of acupuncture. *Complementary Medical Research*, 4 (1), 8–11.
- Vincent, C., & Furnham, A. (1997). Complementary medicine: A research perspective. Chichester: John Wiley & Sons.

Der Wert ambulanter akupunkturgestützter Entgiftung in der Suchtkrankenhilfe - Eine Feldstudie¹

Michael Shwartz², Richard Saitz³, Kevin Mulvey⁴, Patrick Brannigan⁵

Abstrakt

Zielsetzung: Die grundlegenden Merkmale von Klienten, die ihren Entzug entweder in einem ambulanten Akupunkturprogramm oder in einem stationären Kurzzeitprogramm durchführten, sowie die Rate ihrer erneuten Aufnahme zur Entzugsbehandlung werden miteinander verglichen. Zur Entzugsbehandlung standen diese beiden Optionen zur Verfügung.

Methode: Es handelt sich um eine retrospektive Kohortenanalyse, die die Entlaßdaten zwischen 1/93 und 9/94 aus öffentlich finanzierten Entgiftungsprogrammen in Boston auswertet. Nach Angleichen der Unterschiede in den Stichproben bezüglich der Kopfdaten wird mit Hilfe von multivariaten Modellen der Behandlungseffekt von stationären Entzugsstationen (aufgesucht von 6.907 Klienten) gegenüber ambulanten akupunkturgestützten Behandlungsprogrammen (aufgesucht von 1.104 Klienten) geprüft und zwar bezüglich der Wiederaufnahmen im Zeitraum von 6 Monaten.

Ergebnisse: Bei Akupunkturklienten war die Wahrscheinlichkeit geringer, innerhalb von 6 Monaten zur Entzugsbehandlung wiederaufgenommen zu werden (Odds Ratio (OR) 0.71, 95% CI 0.53 – 0.95)⁶. Ähnliche Resultate ergaben sich, als wir die Analyse mit einer Untergruppe von Klienten durchführten, die bezüglich der Kopfdaten einander angeglichen waren (OR 0.61, 95% CI 0.39 – 0.94).

Schlußfolgerung: Akupunkturgestützte Entzugsprogramme sind eine nützliche Komponente im System der Suchtkrankenhilfe.

Einleitung

Die Rolle von Akupunktur in der Behandlung von Suchtmittelmißbrauch wird kontrovers diskutiert. Eine Diskussionsrunde am National Institut on Drug Abuse im Jahr 1991 kam zu dem Schluß, daß "ein kritischer Überblick anhand der verfügbaren Daten die Wirksamkeit von Akupunktur nicht eindeutig beweist, verglichen mit Placebo oder den bisherigen Behandlungsmethoden zur Entgiftung, Rehabilitation oder Rückfallprävention von Opiat- oder anderer Suchtmittelabhängigkeit" (McLellan, Grossman, Blaine, Haverkos, 1993). Dennoch "findet Ohrakupunktur bei Suchtmittelmißbrauch täglich bei über 5.000 Patienten in buchstäblich hunderten unterschiedlicher Settings in den Vereinigten Staaten und in Europa Anwendung" (Smith, 1994). Dies reflektiert den Tatbestand, daß es nicht bewiesen ist, daß Akupunktur "ineffektiv in der Behandlung von Sucht ist" (McLellan, Grossman, Blaine, Haverkos, 1995).

Es wurden einige kleine randomisierte experimentelle Untersuchungen durchgeführt, die die Ergebnisse von Patienten, die mit Scheinakupunktur versus korrekter Ohrakupunktur behandelt wurden, vergleichen, und von denen die meisten den Wert von Akupunktur belegen (Bullock, Ymen, Culliton et al., 1987; Bullock, Culliton, Orlander, 1989; Washburn, Fullilove, Fullilove et al., 1993; Lipton, Brewington, Smith, 1994), wenn auch nicht alle (Worner, Zeller, Schwartz et al., 1993). Solche Untersuchungen versuchen den Wert von Akupunktur, wenn sie mit anderen Behandlungskomponenten kombiniert sind, herauszufiltern. Wir kennen bisher keine Untersuchung, die ganze Programme, die Akupunktur als ein "zusätzliches oder ergänzendes" Angebot einschließen (wie dies von ihren Befürwortern empfohlen wird, Brumbaugh, 1993), im Vergleich zu alternativen Behandlungsmodalitäten miteinander verglichen hätten.

Unstrittig ist die Notwendigkeit gut angelegter, randomisierter und kontrollierter Untersuchungen von Akupunkturprogrammen. Nichtsdestoweniger merkt der Bericht der Quantitative Methods Working Group an (einberufen durch die National Institutes of Health (NIH) gemeinsam mit dem NIH Office für Alternative Medizin) (Levin, Glass, Kushi et al. 1997), daß, wenn auch "alternative Therapien, um anerkannt zu werden, dieselben Grade wissenschaftlicher Genauigkeit wie konventionelle Therapien bestehen müssen" (S. 1092), "klinische Untersuchungen jedoch nicht die einzige Spielregel darstellen" und "in der Tat, neues medizinisches Wissen sehr häufig durch beobachtende Methoden gewonnen wird … Typischerweise ist dies ein bedeutsamer erster Schritt, um die Wirkung eines bisher unberücksichtigten Faktors auf ein bestimmtes Ergebnis verstehen zu lernen." (S. 1087ff)

Unsere Aufmerksamkeit richtet sich in dieser Untersuchung auf die Vorteile eines ambulanten akupunkturgestützten Entzugs als einer Komponente in der Suchtkrankenhilfe und Alternative zur traditionellen stationären Kurzzeitentgiftung. Beobachtende Untersuchungen können insbesondere dazu dienen, Alternativen im Rahmen der Feldforschung zu prüfen. Diesem Forschungsansatz folgen wir bei unserer Untersuchung von Klienten, die Entgiftungsmöglichkeiten im Rahmen der öffentlich finanzierten Suchtkrankenhilfe suchen. Wir vergleichen Merkmale und die Rate der Wiederaufnahmen innerhalb von 6 Monaten von Klienten, die initial entweder in einem ambulanten Akupunkturprogramm oder aber in einer stationären Kurzeitentgiftung behandelt wurden.

Üblicherweise verbinden ambulante Akupunkturprogramme den akuten Entzug mit einer längerfristig angelegten Stabilisierung und motivationalen Beratung über mehrere Monate; stationäre Kurzzeitentzüge dauern rund eine Woche, behandeln die Entzugssymptome medikamentös und überweisen dann ihre Klienten in eine anschließende stationäre und ambulante Behandlung oder in Selbsthilfegruppen. Im Rahmen eines Behandlungssystems, in dem Diagnostik und Weitervermittlung über eine zentrale Aufnahmestelle erfolgt, stellen ambulante Akupunkturprogramme und stationäre Kurzzeitentgiftung Alternativen dar. Es muß dort eine Entscheidung getroffen werden, ob der Klient in ein Akupunkturprogramm oder in eine stationäre Entgiftung zu überweisen ist. Diese Alternativen beim Eintritt in das System läßt uns Klienten, die ein Akupunkturprogramm absolvierten, mit denjenigen, die in einer stationären Kurzzeitentgiftung behandelt wurden, vergleichen.

Unsere Analyse verfolgt nicht das Ziel, den Wert von Suchtakupunktur an sich herauszufiltern, sondern möchte vielmehr ambulante akupunkturgestützte Entgiftungsprogramme mit stationären Kurzzeitprogrammen unter Entzugsmodalitäten, wie sie in der öffentlich finanzierten Suchtkrankenhilfe üblich sind, vergleichen.

Methoden

Stichprobe

Boston war eine von acht Städten, in denen 1990 Modellprojekte durch das Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) und die Substance Abuse and Mentals Health Services Administration (SAMHSA) finanziert wurden. Ziel der Modellprojekte war es, Innovationen innerhalb der öffentlich geförderten Suchtkrankenhilfe zu entwickeln und zu implementieren. (Die Bezeichnung "öffentliche Förderung" gilt für Programme, die föderale oder bundesstaatliche Gelder erhalten, um mittellose Klienten unentgeltlich zu behandeln.) Eine der wesentlichen Innovationen war die Einrichtung von drei zentralen Aufnahmeeinheiten, die als Boston Office of Treatment Improvement (BOTI) bezeichnet wurden. Ihnen obliegt die Aufgabe, Klienten zu diagnostizieren und an geeignete Behandlungsprogramme zu überwiesen. Klienten, die sich bei diesen zentralen Aufnahmeeinheiten vorstellen und eine Entzugsbehandlung benötigen, können alternativ entweder in einen stationären Kurzzeitentzug oder aber in ein ambulantes akupunkturgestütztes Entzugsprogramm überwiesen werden.

Das öffentlich finanzierte Behandlungssystem in Boston hat vier eigenständige Kurzzeitentgiftungsstationen mit einer durchschnittlichen stationären Behandlungsdauer von einer Woche, und drei ambulante akupunkturgestützte Entzugsprogramme mit einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von rund vier Monaten. Die stationären Entgiftungsstationen bieten medikamentöse Entgiftung, Einzel- und Gruppenberatung, Schulungen, Einführung in Selbsthilfegruppen und Vermittlung zu geeigneten stationären und ambulanten Entwöhnungsbehandlungen, die bis zu einem Jahr dauern können. Die Akupunkturprogramme folgen den Leitlinien der National Acupuncture Detoxification Association (NADA) (Brumbaugh, 1994). Während der ersten zwei Wochen wird die Aufmerksamkeit ganz auf die akute Entgiftung konzentriert und täglich Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll gegeben. Der akuten Entgiftungsphase folgt eine Phase, in der mehrere Monate lang zwei- bis dreimal in der Woche akupunktiert wird. In dieser Zeit können Körperpunkte je nach Symptomatik hinzugefügt werden. Eine wichtige Komponente ist die motivationale Beratung, die entweder im Einzel- oder im Gruppensetting stattfindet.

Im Zusammenhang mit dem BOTI wurde ein das ganze Stadtgebiet umfassendes Informationssystem (MIS) aufgebaut, das es erlaubt, den Verlauf der Klienten durch das Behandlungssystem nachzuzeichnen. Durch ein Zusammenführen der Bostondaten mit den Daten aus dem BSAS MIS waren wir in der Lage, den Zugang zu allen Massachusetts Programmen nachzuvollziehen. Die analytische Datenbasis auf der Grundlage des gemeinsamen Informationssystems (MIS) begrenzten wir auf Ende März 1995. Um Follow-up-Daten

eines jeden Klienten für einen Zeitraum von 6 Monaten nach der Entlassung zu erhalten, wurde die Population für diese Untersuchung definiert als Fälle, die während des Zeitraums von 1/93 bis 9/94 aus der stationären Kurzzeitentgiftung bzw. aus dem ambulanten Akupunkturprogramm entlassen worden waren. Jeder Klient wurde als ein stationärer Behandlungsfall oder ein ambulanter Akupunkturfall klassifiziert je nachdem, aus welcher Form der Entzugsbehandlung seine erste Entlassung während des Untersuchungszeitraums erfolgte und mit einem entsprechenden Index gekennzeichnet.

Daten

Das Informationssystem BOTI sammelt Informationen über Zugänge und Entlassungen eines jeden Klienten und legte dieselbe standardisierte Form wie das Massachusetts BSAS (Camp, Krakow, McCarty et al., 1992) zugrunde. Folgende Variablen wurden beim Zugang erhoben und dienten später als Kovariablen in unseren mutitvariaten Modellen: Geschlecht, Rasse/ ethnische Gruppe, Alter, Bildung, Beschäftigungsstatus, jährliches Einkommen, Versicherung, Familienstand (mit Kind; mit anderem Erwachsenen, aber ohne Kind; alleinstehend), Wohnsitz (Straße/Obdachlosenunterkunft, Institution/Pension, private Wohnung), frühere Vorbehandlung wegen psychischer Probleme (ja/nein), Hauptdroge (Alkohol, Kokain, Crack, Heroin, Marihuana) und bisherige Vorbehandlung wegen Suchtproblemen (Behandlungsformen, kodiert mit ja/nein). Wir schufen für jeden Klienten aus den MIS-Zugangsdaten zwei ergänzende Variablen: die eine beruhte auf der Zugangsnummer zu jeder Behandlungsmodalität aus dem vorhergehenden Jahr, (kodiert als 0, 1, ≥2); und eine zweite Variable, einem Wert für die Schwere der Suchterkrankung. Wie Shwartz, Mulvey, Woods et al. (1997) beschrieben, wurde ein Suchterkrankungs-Score entwickelt, der sich durch eine Zuteilung von Punktwerten entsprechend der Antworten auf die folgenden drei Fragen des Zugangsformulars ergab: Alter beim ersten Konsum, Zeitdauer des letzten Konsums und Frequenz des letzten Konsums. Der Punktwert wurde berechnet, indem die zugewiesenen Punkte für jede benutzte Hauptdroge (Alkohol, Kokain, Crack, Heroin, Marihuana) aufsummiert wurden.

Ergebnismessung

Unser Maß für die Ergebnisse war, ob Klienten während des Zeitraums der ersten sechs Monate, während der ein erhöhtes Rückfallrisiko bestand, erneut zur Entgiftung aufgenommen wurden, sei es stationär oder in Akupunktur. Da für die Patienten des ambulanten Akupunkturprogramms ein beständiges Rückfallrisiko gegeben war, wurde der 6-monatige Zeitraum mit dem Beginn der Behandlung angesetzt. Bei stationärer Behandlung begann dagegen der 6-monatige Untersuchungszeitraum mit der Entlassung, da erst zu diesem Zeitpunkt das Rückfallrisiko einsetzt.

Statistische Analyse

Die meisten Grunddaten und die Ergebnisvariablen hatten Nominalskalenniveau. Mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests wurde die statistische Signifikanz der

Unterschiede in den Grunddaten zwischen Akupunkturfällen und stationären Fällen geprüft und diese Unterschiede bezüglich der Wiederaufnahmerate analysiert. Waren die Variablen aus den Grunddaten kontinuierlich (z.B. der Suchterkrankungsscore), kam der t-Test zur Anwendung.

Um die Unterschiede bezüglich der Charakteristika der Grunddaten, die das Ergebnis beeinflussen könnten, anzupassen, gingen wir schrittweise vor und schufen ein multivariates logistisches Regressionsmodell, das die Wahrscheinlichkeit von erneuter Entgiftungsbehandlung als eine Funktion der statistisch signifikanten Grunddaten vorhersagen konnte (auf einem 0.05 Signifikanzniveau). Als Indikatorvariablen wurden in das Modell aufgenommen: Entlassung aus Akupunktur, kodiert als 1, und Entlassung aus der stationären Entgiftung, kodiert als 0. Unser Hauptinteresse galt den Zuteilungswahrscheinlichkeiten, die mit diesen Indikatorvariablen einher gingen. Wir konstruierten daher getrennte schrittweise logistische Regressionsmodelle, die die jüngste Entgiftungsvergangenheit der Klienten in eine Schichtenfolge einordnen. Wir verwendeten jeweils die c-Statistik als Standardmaß für die Modell-Performanz, wenn eine dichotome Ergebnisvariable vorhergesagt wird (Harrell, Lee, Califf et al., 1984). Unter allen möglichen Klientenpaaren, wovon innerhalb von 6 Monaten der eine erneut zur Entgiftung aufgenommen wird und der andere aber nicht, ist die c-Statistik äquivalent dem Verhältnis der Paare, bei denen die vorhergesagte Wahrscheinlichkeit der Wiederaufnahme höher ist für den Klient, der wieder eingewiesen wird, als für den Klient, bei dem das nicht der Fall ist.

Es wird sich zeigen, daß sich Akupunkturklienten hinsichtlich vieler Kovariablen von den stationär aufgenommenen Klienten unterscheiden, und daher mußten wir damit rechnen, daß multivariate Modelle diese Unterschiede nicht hinreichend angleichen können. Um dies zu prüfen, identifizierten wir eine vergleichbare Untergruppe aus Akupunktur- und stationären Entzugsklienten an Hand des Propensity-Scores (Rosenbaum, Rubin, 1984): 1.) Durch schrittweise logistische Regression wird ein Modell geschaffen, das die Wahrscheinlichkeit, daß der Klienten mit Akupunktur behandelt wird, auf der Grundlage der Kopfdaten vorhersagt; 2.) die vorhergesagte Wahrscheinlichkeit für eine Akupunkturbehandlung derjenigen Klienten, die auch Akupunktur erhielten, werden in eine Rangfolge gebracht und dann in 20 Kategorien so eingeteilt, daß eine gleich große Zahl von Fällen in jede Kategorie der "vorhergesagten Wahrscheinlichkeit von Akupunktur" fällt; 3.) für jede Kategorie der "vorhergesagten Wahrscheinlichkeit von Akupunktur" wird die Zahl der stationären Behandlungsfälle bestimmt, deren "vorhergesagte Wahrscheinlichkeit von Akupunktur" in dieselbe Kategorie fällt; 4.) eine passend gemischte Untergruppe von stationären Entgiftungsfällen (mit der jeweils gleichen "vorhergesagten Akupunktur-Wahrscheinlichkeit") wird nach Zufall so ausgewählt, daß jede vorhergesagte Wahrscheinlichkeitskategorie eine gleich große Zahl von stationären Fällen enthält wie die Zahl der Akupunkturfälle in derselben Kategorie. Das Ergebnis dieses Prozesses ergab ein Subsample von Akupunktur- und stationären Entgiftungsfällen, die bezüglich ihrer vorhergesagten Wahrscheinlichkeit, Akupunktur zu erhalten, gleich waren. Mit Hilfe eines bedingten logistischen Regressionsmodells (Breslow, Day, 1980) wurde die Wiederaufnahme in eine Entgiftung für diese Untergruppe von Fällen vorhergesagt. Unabhängige Variablen in dieser Analyse waren die Indikatorvariable für Akupunktur und die Variable für die jüngste Entzugsvorbehandlung (0, 1, ≥2 stationäre oder akupunkturgestützte Entzüge im vorhergehenden Jahr).

Ergebnisse

Charakteristika der Grunddaten

8011 Klienten wurden während der Untersuchungszeit aus ihrer ersten Entgiftung entlassenen. Aus einem stationären Programm wurden 6907 (86%) Klienten und aus einem Akupunkturprogramm 1104 (14%) entlassen. Tabelle 1 vergleicht die Charakeristika der Grunddaten zwischen beiden Klientengruppen. In den meisten Fällen sind die Unterschiede signifikant, wenn auch in einigen Fällen nur knapp. Zu den bemerkenswerten Unterschieden gehört, daß Akupunkturklienten mit größerer Wahrscheinlichkeit College graduiert (13% vs. 4%) und beschäftigt sind (57% vs. 13%), eine private Versicherung haben (15% vs. 3%), mit einem Kind oder Erwachsenen zusammenleben (76% vs. 55%) und sich bereits einer vorhergehenden Behandlung wegen psychischer Probleme unterzogen haben (28% vs. 12%). Sie leben weniger wahrscheinlich in einer Obdachlosenunterkunft (3% vs. 39%). Das Konsummuster der Akupunkturklienten unterschied sich etwas von dem der stationären Entgiftungsklienten: ein geringerer Prozentsatz der Akupunkturklienten konsumierte Alkohol oder Heroin und ein etwas größerer Prozentsatz Crack oder Marihuana als Hauptdrogen. Der durchschnittliche Score für den Schweregrad der Suchterkrankung war in beiden Gruppen ähnlich: 27,6 für die Akupunkturklienten und 27,4 für die stationären (p= 0.65).

In Hinsicht auf eine Vorbehandlung in der Suchtkrankenhilfe zeigten sich deutliche Unterschiede. Im Jahr vor ihrer Indexaufnahme war die Wahrscheinlichkeit, in ein stationäres Programm aufgenommen worden zu sein, für Akupunkturklienten viel geringer als für stationäre Klienten: 19% vs. 43% für Entgiftung im Krankenhaus, 5% vs. 24% für eine Kurzzeitbehandlung (von 30 Tagen), 6% vs. 19% bezüglich einer Langzeitbehandlung. Dabei war es jedoch wahrscheinlicher, daß sie im letzten Jahr an einer ambulanten (nicht akupunkturgestützten) Behandlung teilgenommen hatten (46% vs. 19%).

Ergebnisse

Innerhalb der sechs Monate wurden 18 % der Akupunkturklienten zur Entgiftung wieder aufgenommen, viel weniger als die 36% der stationären Entgiftungsklienten. Nachdem wir die Anpassung der Charakteristika bezüglich der Grunddaten vorgenommen hatten, waren die Chance, daß ein Akupunkturklient in diesem Zeitraum zur Entgiftung wieder aufgenommen wurde 0.71 der Wahrscheinlichkeit, die ein stationärer Klient hatte (p=0,02; 95% CI 0,53 bis 0,95).

Die c-Statistik für das Modell war 0.96. Ergänzend zur Variablen "Vorbehandlung im letzten Jahr bezüglich Entgiftung" gingen die folgenden statistisch signifikanten Variablen in das Modell ein: Schwarz (OR=0.76), High-School-

Merkmale	Stationärer Entzug (n = 6,907)	Akupunktur (n = 1,104)	p-Wert
Weiblich	29,1	33,0	,01
Ethnische Gruppe: Schwarze	45,7	46,2	,74
Hispanics	11,7	9,7	,05
Weiße	40,9	43	,19
Bildung: High School Akademiker	55,9	59,4	,03
Collegeabschluß	3,9	13,4	<,01
Arbeitslos	86,8	43,2	<,01
Versicherung: Unversichert	65,4	52,3	<,01
Medicaid	28,2	21,2	<,01
Privatversichert	3,0	15,4	<,01
Lebensverhältnis: Mit Kind	9,5	19,3	<,01
Mit Erwachsenem (ohne Kind)	45,5	56,5	<,01
Obdachlosenunterkunft	30,3	2,9	<,01
In einer Institution	4,0	6,1	<,01
Vorbehandlung wg. psych. Prob.	12,3	27,8	<,01
Referenzdroge: Alkohol	42,3	32,4	<,01
Kokain	16,2	16,6	,78
Crack	15,9	20,2	<,01
Heroin	24,6	19,0	<,01
Marihuana	0,7	8,4	<,01
Aufnahme im Entzug im verg. Jahr			
Stationärer Entzug: Keiner	56,7	81,0	<,01
Einer	20,2	12,1	<,01
Mehr als einer	23,1	7,0	<,01
Stationärer Kurzzeitentzug: Keiner	76,2	94,8	<,01
Stationäre Langzeitbehandlung: Keine	80,5	93,5	<,01
Ambulant: Keine	80,6	54,3	<,01
Akupunktur: Keine	95,9	90,1	<,01

Tabelle 1: Merkmale von stationären Entzugs- und akupunturbehandelten Klienten in Prozentanteilen.

Abschluß (OR=1.27), Schweregrad der Suchterkrankung (OR=1.01), Aufnahme über eine der zentralen Aufnahmestation (OR=1.28) und Aufnahme in eine stationäre Kurzzeitbehandlung (30-Tage) im letzten Jahr (OR=0.79). Es stellte sich allerdings heraus, daß die Variable "Entgiftung im letzten Jahr" die einzige wirklich bedeutsame Variable in diesem Modell war: eine Aufnahme zur Entgiftung im letzten Jahr ergab OR=412; zwei oder mehr Aufnahmen OR=1723. In einem weiteren Modell, das nur die Variable "jüngste Entgiftungsvorbehandlung" (0, 1 oder ≥2 Entgiftungsaufnahmen im vorhergehenden Jahr) einschloß, war die c-Statistik 0.95. Dieser Wert zeigt das Ausmaß an, inwieweit die jüngste Entzugsvergangenheit den wesentlichen Faktor darstellt, der für die Wiederaufnahmerate zur Entgiftung verantwortlich ist.

Den Grund für die sehr hohen Odds-Ratio-Werte in Verbindung mit der jüngsten Entgiftungsaufnahme zeigt die Tabelle 2. Für die Klienten ohne Aufnahme in eine Entgiftung im vorausgehenden Jahr war es sehr unwahrscheinlich, daß sie innerhalb der sechs Monate erneut zur Entgiftung aufgenommen wurden und zwar unabhängig von der Art ihrer Behandlung; Klienten mit zwei und mehr Entgiftungsaufnahmen im letzten Jahr wurden sehr wahrscheinlich wieder aufgenommen, ebenfalls unabhängig von der Art ihrer Behandlung.

	Statio	närer Entzug	Entzug mit Akupunktur					
Aufnahmen zum Entzug im Vorjahr	n	Wiederauf- nahme in %	n	Wiederauf- nahme in %	multivariates Modell Odds Ratio			
Keine Akupunktur- und stationäre Aufnahme	3,781	0,0	821	0,0 (,64)ª	_b			
1 stationärer Entzug	1,326	65,6	113	72,6 (,13)	1,37 (,89-2,12)°			
Mehr als ein stationärer Entzug	1,518	89,4	61	78,7 (,01)	0,47 (0,25-0,88)			
Keine stationäre und eine Akupunktur- aufnahme	124	78,2	69	40,6 (<,01)	-			

^a: Die Zahlen in Klammern geben den p-Wahrscheinlichkeitswert für einen Test der Nullhypothese an, daß die Wiederaufnahmerate von stationären und akupunkturbehandelten Klienten gleich ist. ^b: zu wenig Wiederaufnahme-Fälle, um ein Modell zu entwickeln

Tabelle 2: Anteil der zum stationären oder akupunkturgestützten Wiederaufnahme zum Entzug innerhalb der 6 Monate und ihre Odds Ratio als eine Funktion der Anzahl an Entzugsaufnahmen im Vorjahr (in Prozent).

Tabelle 2 gibt auch die Ergebnisse wieder, die man erhält, wenn man die jüngste Entzugsvorgeschichte in Schichten ordnet. Akupunktur erscheint besonders vorteilhaft für die Klienten mit zwei oder mehr Entgiftungsversuchen im Jahr

^c: Zuweisungschance: Odds Ratio (Akupunkturklienten im Vergleich mit der Referenzgruppe der stationär entzogenen Klienten) und 95% Vertrauensintervall für die Odds Ratio

vor dem Indexzugang. Es gibt einen schwachen Beleg (p=0.15), wonach stationäre Behandlung die bevorzugte Modalität für diejenigen sein könnte, die sich einer einzigen Entgiftung im vorhergehenden Jahr unterzogen hatten.

Basierend auf den Ergebnissen der schrittweisen logistischen Regressionsmodelle - die wir entwickelt hatten, um die Zuweisungswahrscheinlichkeit zur Akupunktur vorherzusagen -, war die durchschnittlich vorhergesagte Wahrscheinlichkeit, Akupunktur zu erhalten, 0.50 für Klienten, die tatsächlich Akupunktur erhielten; die entsprechende Wahrscheinlichkeit für stationäre Klienten, Akupunktur zu erhalten, war 0.07. Diese Unterschiede reflektieren Unterschiede in den Grunddaten zwischen den beiden Behandlungsgruppen. Die mit diesem Modell verbundene c-Statistik war 0.90. Wir waren in der Lage, 740 Akupunkturklienten mit entsprechenden stationären Entgiftungsklienten zu parallelisieren. Die verringerte Zahl ergibt sich daher, daß es in den höheren Kategorien der "vorhergesagten Wahrscheinlichkeiten für Akupunktur" nicht mehr genügend stationäre Behandlungsfälle gab.

Diese Untergruppen, ausgewählt durch ein stratifiziertes Stichprobenziehen auf der Grundlage des Propensity-Scores, waren nun bezüglich der Kovariablen einander sehr ähnlich. Nachdem entsprechend dem Prozentanteil der Akupunkturklienten und dann entsprechend dem Prozentanteil der stationären Klienten aufgelistet wurde, waren die beiden Untergruppen einander viel angeglichener (verglichen mit den Unterschieden in Tabelle 1) beispielsweise bezüglich graduiertem College-Abschluß (7% in beiden Gruppen), eine Beschäftigung haben (42% vs. 41%), Besitzen einer privaten Versicherung (6% vs. 9%), mit einem Kind oder Erwachsenen leben (77% vs. 72%), in einer Obdachlosenunterkunft wohnen (4% vs. 5%) und sich einer früheren Behandlung wegen psychischer Probleme unterzogen zu haben (21% in beiden Fällen). Sie waren auch viel äquivalenter in Bezug auf ihre jüngste Behandlung in der Suchtkrankenhilfe: 26% vs. 27% hatten eine Aufnahme wegen Entgiftung, 8% vs. 9% waren in stationärer Kurzzeitbehandlung, 9% vs. 11% in stationärer Langzeitbehandlung und 37% vs. 39% in ambulanter Behandlung gewesen. Schließlich waren sie einander auch viel ähnlicher bezüglich der Hauptdroge: Alkohol (30% vs. 35%), Kokain (18% in beiden Gruppen), Crack (23% in beiden Fällen), Heroin (23% vs. 21%) und Marihuana (3% in beiden Gruppen).

Als das logistische Regressionsmodell mit einander entsprechenden Fällen aus den Untergruppen durchgeführt wurde, zeigten die Koeffizienten in Zusammenhang mit Akupunktur, daß die Chance, ein Akupunkturfall zu sein, der erneut zur Entgiftung aufgenommen wurde, 0.61 der Wahrscheinlichkeit eines stationären Behandlungsfalles war, wieder aufgenommen zu werden (95% CI 0.39-0.94).

Wie Tabelle 3 zeigt, hatten die stationär entzogenen Klienten ein etwas schlechteres Ergebnis, wenn ihre Referenzdroge Alkohol war (37% Wiederaufnahmen in 6 Monaten vs. 34% für alle anderen Drogen, p= 0.02), während die Akupunkturklienten ein viel besseres Ergebnis zeigten, wenn Alkohol ihre Hauptdroge war (11% vs. annähernd 20% für alle anderen Drogen, p< 0.01). Heroinabhängige Klienten hatten eine größere Wahrscheinlichkeit, 6 Monate nach der Entlassung aus einer der Behandlungsformen wieder zur Entgiftung aufgenom-

men zu werden, wobei die Differenz zwischen Heroin und allen anderen Drogen bei Akupunkturklienten viel geringer war (wenn stationär, 41% Wiederaufnahmen innerhalb der 6 Monate verglichen mit 34% für andere Drogen, p< 0.01; bei Akupunktur waren es 31% Wiederaufnahmen in 6 Monaten verglichen mit fast 15% für alle anderen Drogen, p< 0.01).

	St	ationärer Ent	zug	Akupunktur			
Hauptdroge	n	%Wieder- aufn.	p-Wert	n	%Wieder- aufn.	p-Wert ^a	
Alkohol	2.919	37,3	,02	358	10,9	<,01	
Kokaine	1.122	31,0	<,01	183	19,1	,44	
Crack	1.099	28,8	<,01	223	21,5	,09	
Heroin	1.699	40,6	<,01	210	31,4	<,01	
Marijuana	45	31,1	,52	93	5,4	<,01	
Summe	6.907	35,7		1,104	17,7		

^a: p-Wert für einen Test der Nullhypothese, daß die prozentuale Wiederaufnahme unter denjenigen, mit der entsprechenden Hauptdroge in der angegebenen Behandlungsform dieselbe ist wie ist wie der Prozentanteil der Wiederaufnahmen für diejenigen mit allen anderen Hauptdrogen in dieser Behandlungsform.

Diskussion

Zumindest für einen Teil der Klienten, die vom Suchtmittelmißbrauch entziehen wollen, erscheint Akupunktur als eine wirksame Behandlungsform. Die 14% der Klienten, die Akupunktur erhielten, hatten innerhalb der 6 Monate niedrigere Wiederaufnahmeraten, auch nachdem die Unterschiede zu der Gruppe der stationär behandelten nivelliert wurden. Eine Analyse anhand der Propensity-Scores legt nahe, daß für wenigstens weitere 10% der Klienten aus der stationären Behandlung (740/6907) Akupunktur eine effektive Alternative wäre. Akupunktur scheint besonders wirkungsvoll für diejenigen Klienten zu sein, deren Hauptdroge Alkohol war und für diejenigen mit zwei oder mehr Entgiftungen im Jahr vor der Indexzuteilung.

Unser Suchterkrankungsscore taxiert die Akupunkturklienten gleich mit den stationär behandelten Klienten. Unser Maß des Schweregrades der Suchterkrankung stellt jedoch nur ein Maß innerhalb des Bostonsystems dar, da seine externe Validität nicht hinreichend geprüft wurde. Wir sammelten Informationen über den Schweregrad, indem wir den Addiction Severity Index (ASI) (McLellan, Lubrosky, O'Brien et al., 1980; McLellan, Lubrosky, Cacciola et al, 1988; McLellan, Kushner, Metzger et al., 1992) bei einer Stichprobe von 830 stationären Entgiftungsklienten und 560 Akupunkturklienten in der zentralen Aufnahmestation einsetzten. Der ASI mißt den Schweregrad entlang der Dimen-

sionen: Gesundheit, Beschäftigung, Alkohol, Drogen, Legalität, familiäre/ soziale Beziehungen und psychologisch/emotional. Der einzige statistische Unterschied zwischen beiden Schweregrad-Scores (die auf objektiven Klientenantworten und subjektiven Einschätzungen des Interviewers beruhen) oder zusammengesetzten Scores (die allein aus den Klientenantworten berechnet wurden) verweist auf einen höheren Schweregrad der Akupunkturklienten entlang der psychologischen Dimension. Es gab keine weiteren Unterschiede zwischen den beiden Gruppen, weder in Bezug auf den Schweregrad bezüglich Alkohol, noch bezüglich Drogen. Dieses Ergebnis deckt sich mit unseren Befunden, als wir unseren Suchterkrankungsscore benutzten. Interessanterweise hatte die Gruppe der Akupunkturklienten, die mit dem ASI getestet wurden, ähnliche Wiederaufnahmeraten innerhalb der 6 Monate wie diejenigen, die keinem ASI-Test unterzogen wurden (p= 0.47). Die Gruppe der stationär entzogenen Klienten, die mit dem ASI getestet wurden, hatten schlechtere Ergebnisse als diejenigen, bei denen der ASI nicht angewandt wurde (20% höhere Vorhersagewahrscheinlichkeit auf Wiederaufnahme in 6 Monaten, p<0.001), was darauf hin deutet, daß die kleinere Gruppe der ASI-Befragten unter den stationären Klienten wohl schwerer erkrankt war als die allgemeine Population der stationären Fälle.

Das Ausmaß, in dem die Ergebnisse von der jüngsten Vorbehandlung abhängen, ist entmutigend. Diejenigen Klienten, die innerhalb des Jahres vor ihrer Index-Aufnahme nicht zur Entgiftung aufgenommen worden waren, hatten eine geringere Wahrscheinlichkeit, innerhalb der 6 Monate wieder aufgenommen zu werden, an welcher Behandlungsform auch immer sie teilgenommen hatten. Diejenigen, die im letzten Jahr zur Entgiftung aufgenommen worden waren, hatten eine viel höhere Wiederaufnahmerate. Das heißt, es spielte weniger eine Rolle, wie die Person behandelt wurde, als der Umstand, wie ihre jüngste Vorgeschichte aussah. Dieser Umstand könnte allerdings die besondere Population reflektieren, die hier untersucht wurde - eine arme, urbane Population, die auf das öffentlich finanzierte Behandlungssystem angewiesen ist -, und die chronische, von Rückfällen begleitete Natur dieser Krankheit.

Wenn erst einmal die Zahl der Entzüge im vorhergehenden Jahr feststeht, hat interessanterweise die primäre Droge keinen statistisch signifikanten Einfluß auf die Wahrscheinlichkeit der Wiederaufnahme zur Entgiftung. Die Wirkung der unterschiedlichen Rückfallraten in Verbindung mit den unterschiedlichen primären Suchtmitteln wird durch die jüngste Vorgeschichte in den Schatten gestellt.

Obwohl eine Akupunktursitzung viel billiger ist als ein Tag in einer stationären Entgiftungsstation, verringert die längere Dauer der Behandlung den möglichen ökonomischen Gewinn. Wir kennen nicht die "wahren" Kosten von ambulanter Akupunktur oder stationärer Behandlung. Geschätzt auf Grundlage der Rückerstattungen in Massachusetts dürften sich die Kosten für einen durchschnittliche stationäre Entzug auf 850–900 Dollar belaufen. Der Staat zahlt 16.77 Dollar für eine Anwendung von Akupunktur, wobei in diesem Preis jeweils auch ein Gruppengespräch eingeschlossen ist. Wenn wir eine durchschnittliche Behandlungsdauer von ungefähr 17 Wochen und 2.5 Sitzungen pro Woche nach den beiden ersten Wochen täglicher Besuche zugrunde legen,

belaufen sich die Kosten für den Staat auf 830 Dollar, nur ein wenig billiger als die Kosten der einwöchigen stationären Behandlung. Allerdings liegt ein großer Vorteil der Akupunktur darin, daß die Kapazität erhöht werden kann, ohne daß weitere Dienste aufgebaut werden müßten.

Leider waren die Klienten den Behandlungsformen nicht zufallsverteilt zugewiesen worden. Die Zuweisung zur jeweiligen Behandlungsform reflektiert in erster Linie die klinische Einschätzung der Mitarbeiter und erst in zweiter Linie die Bevorzugung durch die Klienten. Diskussionen mit den Koordinatoren der zentralen Aufnahmestationen legen nahe, daß Klienten, die klinisch beurteilt für Akupunktur geeignet erscheinen, zuvor über Akupunktur unterrichtet werden müssen, bevor sie ihre Einwilligung zur Behandlungsform geben. Deshalb reflektiert besonders bei denjenigen, die noch keine Erfahrung mit Akupunktur haben, die Überweisung zur Akupunktur in einem großen Ausmaß mehr das klinische Urteil über die Eignung als die erfolgreiche Klientenaufklärung über den potentiellen Wert von Akupunktur.

Eine andere Beschränkung dieser Untersuchung liegt in der Wahl unseres Ergebnismaßes: der Wiederaufnahme in die Entgiftung. Obwohl man natürlich Daten über den Drogen- und Alkoholkonsum vor und nach der Behandlung den Vorzug geben würde, spricht auch einiges für unser Maß. Es zeigte sich beispielsweise, daß sich unter den wohnungslosen Suchtmittelabhängigen signifikante Unterschiede des ASI-Scores in 5 der 7 ASI-Dimensionen ergaben für diejenigen, die zur Entgiftung wieder aufgenommen wurden, gegenüber denjenigen, bei denen dies nicht der Fall war (Argeriou, McCarty, Mulvey et al., 1994). Dies verleiht der Wiederaufnahmerate als Ergebnismaß Validität. Unser Ergebnismaß bewährte sich auch in einer Untersuchung über die Rolle von Case-Management in der Suchtbehandlung (Shwartz, Baker, Mulvey et al., 1997). Ebenso fand die Wiederaufnahme als Ergebnismaß Eingang in eine Untersuchung für die Veteranen Administration zur Durchführung von stationären Programmen der Suchtbehandlung (Peterson, Swindle, Phibbs et al., 1994; Barnett u. Swindle, 1997). Obwohl eine Wiederaufnahme zur Entgiftung kein Synonym für Rückfall ist, gibt es a priori keinen Grund anzunehmen, daß Akupunkturklienten im Gegensatz zu stationären Entzugsklienten in unterschiedlicher Weise eine Aufnahme zur Entgiftung suchen, wenn sie rückfällig werden. Es scheint daher wenig wahrscheinlich, daß der Mangel an Daten über den tatsächlichen Rückfall unsere Ergebnisse ernsthaft verzerrt haben könnte.

In der Einführung wurde schon darauf hingewiesen, daß Gegenstand unserer Untersuchung der Wert eines ambulanten akupunkturgestützten Entgiftungsprogramms ist; sie untersucht nicht den Beitrag, den Akupunktur für das Ergebnis der mit ihr verknüpften Programme bedeutet. Wenn auch fraglos weitere beobachtende Untersuchungen und randomisierte Versuche notwendig sind, so unterstreicht unsere Untersuchung doch den Wert von akupunkturgestützten ambulanten Entgiftungsprogrammen als einer Komponente der Suchtkrankenhilfe. Diese Behandlungsform ist besonders nützlich, wenn stationäre Entzugsbetten knapp sind. Denn sie erlaubt, einen Teil des Bedarfs nach Entgiftung in einem ambulanten Rahmen entgegenzukommen.

Anmerkungen

¹Orginaltitel: The Value of Acupuncture Detoxification Programs in a Substance Abuse Treatment, veröffentlich in: Journal of Substance Abuse Treatment Vol. 17, N0 4 (Decemter). Die deutsche Übersetzung erfolgte mit freundlicher Genehmigung durch Elsevier Ltd.

²Professor of Health Care and Operations Management, School of Management, Boston University

³Assistant professor of Medicine and Associate Director, Clinical Addiction Research and Education Unit, Boston University

⁴Senior Researcher/ Evaluator, Office of Resserach, Health Assessment and Data Systems, Boston Public Health Commission, Massachussets

⁵Senior Programmer, Bosten University School of Public Health, Boston

⁶Odds ratio gibt die Zuteilungschance an. Hier die Chance, aufgrund eines Merkmals einer der Behandlungsmodalitäten zugewiesen zu werden. 95% CI = Konfidenzintervall bei einer Aussagesicherheit von 95%.

Literatur

Argeriou M, McCarty D, Mulvey K and Daley M. (1994). Use of the Addiction Severity Index with homeless substance abusers Journal of Substance Abuse Treatment, 11, 359-365.

Ash AS and Shwartz M. Evaluating the performance of risk-adjustment methods: dichotomous outcomes. (1997). In L.I Iezzoni LI (Ed.), Risk Adjustment for Measuring Healthcare Outcomes: Second Edition. Chicago: Health Administration Press.

Barnett PG and Swindle RW. (1997). Cost-effectiveness of inpatient substance abuse treatment. Health Service Research, 32, 615-629.

Breslow NE and Day NE. (1980). Statistical Methods in Cancer Research: Volume I -The Analysis of Caw-Control Studies. Lyon International Agency for Research on Cancer.

Brumbaugh, AG. (1993). Acupuncture: New Perspectives in Chemical Dependency Treatment. Journal of Substance Abuse Treatment, 10, 35-43.

Brumbaugh AG. (1994). Transformation and recovery: A guide for the design and development of acupuncture-based chemical dependency treatment programs (pp. 287-298). Santa Barbara: Stillpoint Press.

Bullock ML, Umen AJ, Culliton PD, Olander RT. (1987). Acupuncture treatment of alcoholic recidivism: A pilot study. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 11, 292-295.

Bullock ML, Culliton PD, Olander RT. (1989). Controlled trial of acupuncture for severe recidivistic alcoholism. The Lancet 3, 1435-1439.

Camp JM. Krakow M, McCwty D, Argeriou M. (I 1992) Substance abuse treatment management information systems: Balancing federal, state and service provider needs. The Journal of Mental Health Administration, 19, 5-20.

Harrell FE Jr., Lee KL, Califf RM, Pryor DB and Rosati RA. (1994). Regression modeling strategies for improved prognostic prediction. Statistics in Medicine, 3, 143-152.

Levin JS, Glass TA, Kushi LH, Schuck JR, Steele L and Jonas WB. (1997). Quantitative methods in research on complementary and alternative medicine: A methodological manifesto. Medical Care, 35, 1079-1094.

Lipton DS, Brewington V, Smith M. (1994). Acupuncture for crack-cocaine detoxification: experimental evaluation for efficacy. Journal of Substance Abuse Treatment, 11, 205-215.

McLelland AT, Lubrosky 1, O'Brien CP, Woody GE. (1 1980) An improved evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. Journal of Nervous and Mental Diseases, 169,26-33.

McLelland AT, Lubrosky L, Cacciola J, Chiffith J, McGahan P, O'Brien CP. (1998). Guide to the Addiction Severity Index: Background, administration and field testing results. Rockville: Treatment Research Report, National Institute an Drug Abuse.

McLelland AT, Kushner H, Metzger D, Rogers P, Smith I, et &I. (1992) The fifth edition of the Addiction Severity Index. Journal of Substance Abuse Treatment, 9, 199-213.

McLellan AT, Grossman DS, Blaine JD, and Haverkos HW. (1993) Acupuncture treatment for drug abuse: A technical review. Journal of Substance Abuse Treatment, 10, 569-576.

McLellan AT, Grossman DS, Blaine JD, and Haverkos, HW. (1995). Letter to the Editor Dr. A. Thomas McLellan and colleagues' response regarding evidence for effectiveness of acupuncture. Journal of Substance Abuse Treatment, 12, 14 1.

Peterson KA, Swindle RW, Phibbs CS, Recine B. and Moos RH. (1994). Determinants of readmission following inpatient substance abuse treatment; A national study of VA programs. Medical Care, 32, 535-550.

Rosenbaum PR and Rubin DB (1994). Reducing bias in observational studies subclassification on the propensity score. Journal of the American Statistical Association, 79, 516-524.

Shwartz M, Mulvey KP, Woods D, Brannigan P, Plough A. (1997). Length of Stay as an outcome in an era of managed care: An empirical study. Journal of Substance Abuse Treatment, 14, 11 -18.

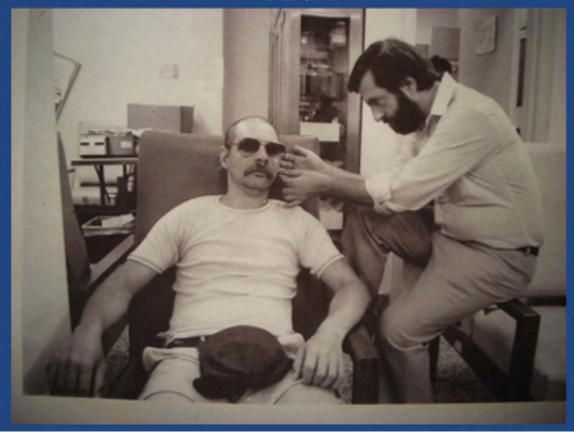
Shwartz M, Baker G, Mulvey KP and Plough A. (1997) Improving the publicly funded substance abuse treatment: The value of case management. American Journal of Public Health, 97,1659-1664.

Smith, M. (1994). Letter to the Editor. Journal of Substance Abuse Treatment, 11, 587.

Washburn AK, Fullilove RE, Fullilove MT, Keenan PA, McGee B, et al. Acupuncture heroin detoxification: A single-blind clinical study. (1993). Journal of Substance Abuse Treatment, 10, 345-351.

Worner TM, Zeller B, Schwarz H, Zwas F, and Lyon D. (I 1992). Acupuncture fails to improve treatment outcome in alcoholics. Drug and Alcohol Dependence, 30, 169-173.

Anfänge des NADA-Protokolls Lincoln Detox Bronx NYC 1972 Michael Smith





Studienbesprechung

Auricular Acupuncture, Education, and Smoking Cessation: A Randomized, Sham-Controlled Trial

J. D. Bier, J. Wilson, P. Studt, M. Shakleton. Am J. Public Health 2002; 92: 1642-1647

Abstract

Ojectives: 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 significant 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) negatively 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.

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 und Reduktion des Nikotinkonsums. Follow-ups wurden nach 1, 3, 6, 12, 15 und 18 Monaten durchgeführt. Weitere untersuchte Parameter: Craving nach Nikotin, Depression, Angst (anxiety), Dropout Rate, Alter, Umfang des vorherigen Nikotinkonsums, Geschlecht, Responder/Non-Responder, Nebenwirkungen der Akupunktur.

Genadelt wurde das bekannte NADA-Schema plus Di 4 (Hegu): 20 Sitzungen, 5x/Woche, jeweils beidseits. Das Edukationsprogramm wurde während 5 Wochen insgesamt 7x durchgeführt und dauerte jeweils 1,5 Stunden. Sham-Akupunktur bestand aus 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: 10% der Akupunkturgruppe (1), 22% der Gruppe Sham-Akupunktur und Edukationsprogramm (3) und 40% der Gruppe Akupunktur und Edukationsprogramm (2). Unter der – nicht gesicherten - 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 Eduktationseffekt. Am erstaunlichsten war, dass in dieser Gruppe (2) auch im Follow-up von 18 Monaten nach Therapie niemand das Rauchen wieder aufgenommen

Der Zielparameter "Reduktion des Nikotinkonsums" zeigte das identische Schema: das beste Ergebnis bot die Kombination von Akupunk-

AUS WISSENSCHAFT UND FORSCHUNG

tur 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 Suchtpotenzial und damit der höchsten Gesundheitsgefährdung reagierte am besten auf die Kombination Akupunktur-Edukationsprogramm. Die Autoren schlussfolgern u. a., dass viele vorangegangene Studien dieses signifikante Ergebnis des integrativen Einsatzes von Akupunktur deswegen nicht aufzeigen konnten, da die Probanden mit ihren pack-year-Werten deutlich niedriger lagen, also in einem Bereich, der nicht so gute Effekte zeigt. Sie definierten den pack-year-Wert von 20 als Schwellenwert.

Eine weitere Studie mit mehr Probanden ist geplant, damit bei den Follow-ups wegen der Drop-out Rate nicht mangels Power die Signifikanz verloren geht.

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

DDr. Thomas Ots St. Peter Hauptstraße 31 f A-8042 Graz t.ots@daegfa.de

Literatur

White AR, Rempes H, Ernst E. Acupuncture for smoking cessation (Cochrane Review). Cochrane Database Syst Rev 2000.CD000009 6 | DT. ZTSCHR. F. AKUPUNKTUR 58, 2/2015



🖂 A. Röbe

Standardisierte Gruppenohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll bei allgemeinpsychiatrisch erkrankten Patienten einer Schweizer Tagesklinik

The NADA-Protocol standardised group-acupuncture for improvement of mental state in patients with different psychiatric diseases

Zusammenfassung

Hintergrund: In einer großen psychiatrischen Klinik im Kanton St. Gallen, Schweiz, wird seit zwölf Jahren NADA-Ohrakupunktur angewendet. In der Psychiatrischen Tagesklinik wurde die Behandlung mit einer evaluativen Studie über 15 Monate begleitet.

Zielsetzung: Ziel der Studie war die Überprüfung des Effekts der Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll auf die allgemeine Befindlichkeit zusätzlich zur allgemeinen Behandlung in einer psychiatrischen Tagesklinik mit gemischtem Patientengut.

In einer wöchentlich stattfindenden Gruppensitzung wurden insgesamt 64 Patienten über einen Zeitraum von 15 Monaten behandelt. Es fanden insgesamt 541 Behandlungen statt. Ausgewertet wurden 15 Befindlichkeitsmerkmale. Die Auswertung fand nach maximal zehn Sitzungen statt.

Ergebnisse: Bei den meisten untersuchten Symptomen wurde ein linear-abnehmender Trend festgestellt, der darauf hindeutet, dass mit fortlaufenden Akupunkturbehandlungen die Beschwerden bei diesen Symptomen stets signifikant weniger wurden. Geschlechtsunterschiede wurden nicht festgestellt. Insgesamt zeigte sich, dass die NADA-Ohrakupunktur als nebenwirkungsarme komplementärmedizinische Therapiemethode in einem gemischten Patientenkollektiv auch bei psychisch schwerkranken Patienten angewendet werden kann und zu teilweise hoch signifikanten Befindlichkeitsverbesserungen führte.

Diskussion: Um eine exaktere Aussage über notwendige Behandlungsanzahl, Geschlechts- und Altersabhängigkeit sowie Diagnosen zu machen, bedarf es einer größeren Stichprobe und der Durchführung von Vergleichsanalysen.

Schlüsselwörter

NADA-Ohrakupunktur, Psychiatrische Tagesklinik, Psychiatrie

Abstract

Background: In a major psychiatric hospital of Kanton St. Gallen, Switzerland, the NADA-Protocol has been used for 12 years. In the psychiatric day care unit treatment was accompanied by an evaluative study during 15 months.

Objective: The study aimed to investigate the effect of ear-acupuncture according to the NADA-protocol on patients' general mental state in addition to general treatment in a psychiatric day care unit with a mixed patient population.

The treatment was applied to 64 patients once a week in a group session over a period of 15 months. Total treatments were 541. 15 mental state characteristics were evaluated. Evaluation was performed after a maximum of 10 sessions.

Results: The majority of analyzed symptoms showed a linear decreasing trend, which indicates that with ongoing acupuncture treatment, the symptoms continuously and significantly lessened. Gender differences have not been observed. In total, NADA-ear-acupuncture proved to be a therapeutic method of complementary medicine with little side effects, which may be applied in a mixed patient cohort even to patients with serious psychiatric illness, resulting in part in a highly significant improvement of state.

Discussion: A more extended sample and execution of comparative analyses is needed in order to make a more exact statement on the required number of treatments, dependence of age and gender, and diagnoses.

Keywords

NADA-ear-acupuncture, psychiatric day care unit, psychiatry

Einleitung

Akupunktur als Einzelbehandlung ist zeit- und kostenintensiv. Im psychiatrischen Bereich existieren diesbezüglich noch wenige Erfahrungen, da Akupunktur für Menschen in akuten Krisen oder schweren seelischen Krankheitsphasen als ungeeignet galt.

In den 70er-Jahren wurde eine standardisierte Ohrakupunktur (NADA-Protokoll) zur Suchtbehandlung entwickelt [1, 2]. Der positive Effekt auf Schlafstörungen und zur Stressminderung wurde zumeist im Zusammenhang mit Suchterkrankungen untersucht [3–7]. In den letzten Jahren wurde diese Therapieform wegen ihrer positiven Effekte bei Unruhezuständen und Schlafstörungen sowie ihrer allgemein stressmildernden und entspannenden Wirkung vor allem im psychiatrischen und auch psychosomatischen Bereich angewendet. Darüber wurde bereits mehrfach in der Deutschen Zeitschrift für Akupunktur berichtet [8–14).

Üblicherweise wird diese Methode in einem Gruppensetting durchgeführt. Sie gilt als zeit- und kosteneffektiv. Zudem wurde beobachtet, dass eine Akupunkturbehandlung in diesem Setting auch von schwerer erkrankten Patienten gut toleriert wird.

Durch die recht kurze Ausbildung im NADA-Protokoll kann zudem ein stabiles Therapieangebot aufrechterhalten werden, sodass dies bei Personalwechsel weiterbesteht.

In einer großen allgemeinpsychiatrischen Klinik in der Schweiz (Kantonal Psychiatrische Dienste Sektor Nord, St. Gallen), in der diese Untersuchung durchgeführt wurde, wird das NADA-Protokoll auf fast allen Abteilungen angewendet. Aus praktischen Gründen wurde primär das NADA-Protokoll in einer psychiatrischen Tagesklinik evaluiert. Das NADA-Protokoll wurde 2003 in der Klinik eingeführt, in der Tagesklinik 2007.

☑ Dr. Adriane Röbe Adriane.roebe@gmail.com

ORIGINALIA ORIGINAL ARTICLES

A. RÖBE STANDARDISIERTE GRUPPENOHRAKUPUNKTUR NACH DEM NADA-PROTOKOLL BEI ALLGEMEINPSYCHIATRISCH ERKRANKTEN PATIENTEN EINER SCHWEIZER TAGESKLINIK

Folgende Fragestellungen sollten evaluiert werden:

- 1. Kann Ohrakupunktur als zusätzliche Behandlung zu den bisher standardisierten Behandlungen eine deutliche Verbesserung der Befindlichkeit bei psychisch-kranken Patienten bewirken?
- 2. Wenn ja, wie viele Behandlungen sind dazu notwendig?
- 3. Ist das Ergebnis evtl. auch geschlechtsabhängig?

Methodik

Ziel der evaluativen Studie war die Überprüfung des Effekts der NADA-Ohrakupunktur auf die allgemeine Befindlichkeit zusätzlich zur psychiatrischen Standardbehandlung in einer Tagesklinik mit gemischtem Patientengut (Hauptdiagnosen aus dem Bereich F2 Schizophrenien, F3 Affektive Störungen, vor allem Depressionen, F4 Angststörungen und somatoforme Störungen, Persönlichkeitsstörungen).

Oft bestanden Komorbiditäten von psychischen Erkrankungen sowie auch somatischen Beschwerden. Primäre Suchterkrankungen galten als Kontraindikation zur Aufnahme in dieser Tagesklinik. Die mittlere Aufenthaltsdauer betrug zehn Wochen. Durchschnittlich wurden 15 tagesklinische Patienten täglich behandelt.

Die tagesklinische Behandlung setzte sich aus einem fünftägigen multimodalen Angebot aus Einzel- und Gruppengesprächen, Pharmakotherapie, Kunsttherapie, Progressive Muskelrelaxation, Beschäftigungstherapie, Bewegungstherapie und NADA-Ohrakupunktur zusammen.

In einer wöchentlich stattfindenden Gruppensitzung wurden insgesamt 64 Patienten, 30 Frauen und 34 Männer, über einen Zeitraum von 15 Monaten (Januar 2010 bis März 2011) mit dem NADA-Protokoll behandelt. Die Behandlung war freiwillig und

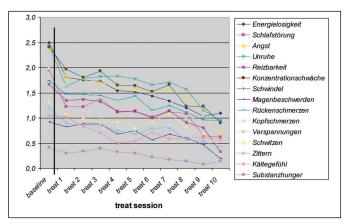


Abb. 1: Verbesserung der Befindlichkeitsmerkmale

stand allen Patienten zur Verfügung. Es gab keine Kontraindikationen. Die Behandlungszahl wurde von den Patienten bestimmt. Diese war nur limitiert durch die Aufenthaltsdauer.

Es fanden insgesamt 541 Behandlungen statt. Ausgewertet wurden 15 Befindlichkeitsmerkmale. Die Patienten erhielten vor Beginn der Behandlung (Base-Line) und nach jeder NADA-Sitzung einen Fragebogen zum Ausfüllen.

Die Auswertung fand zu Beginn der Behandlung, nach drei, fünf, acht und nach maximal zehn Sitzungen statt. Einige Patienten kamen zu deutlich mehr Sitzungen, was bei der Auswertung nicht berücksichtigt wurde.

	Treat 1 Treat 2		1 7	reat 3			Treat 4		Treat 5						
Symptoms	Mean	SEM	n	Mean	SEM	n	Mean	SEM	n	Mean	SEM	n	Mean	SEM	n
Energielosigkeit	1,81	0,18	63	1,760	0,170	62	1,730	0,180	62	1,540	0,160	59	1,530	0,160	59
Schlafstörung	1,22	0,19	63	1,230	0,180	62	1,390	0,210	62	1,120	0,180	60	1,140	0,180	59
Angst	1,81	0,22	63	1,790	0,230	62	1,710	0,220	62	1,600	0,210	60	1,560	0,220	59
Unruhe	1,63	0,21	63	1,790	0,200	62	1,820	0,210	62	1,830	0,200	60	1,780	0,190	59
Reizbarkeit	1,35	0,19	63	1,370	0,190	62	1,330	0,200	61	1,130	0,190	60	1,140	0,170	59
Konzentrationschwäche	1,97	0,20	63	1,810	0,200	62	1,930	0,210	61	1,650	0,200	60	1,640	0,200	59
Schwindel	1,02	0,17	63	0,920	0,170	62	0,980	0,170	61	0,830	0,150	60	0,830	0,160	59
Magenbeschwerden	0,83	0,17	63	0,890	0,170	62	0,890	0,190	61	0,680	0,160	60	0,750	0,170	59
Rückenschmerzen	1,48	0,23	63	1,470	0,230	62	1,440	0,230	61	1,350	0,240	60	1,440	0,240	59
Kopfschmerzen	1,17	0,22	63	1,150	0,210	62	1,030	0,200	61	0,820	0,180	60	0,760	0,180	59
Verspannungen	1,65	0,20	63	1,550	0,200	62	1,410	0,200	61	1,320	0,200	60	1,320	0,220	59
Schwitzen	1,08	0,19	63	1,000	0,190	62	0,900	0,190	61	0,930	0,190	60	0,810	0,170	59
Zittern	0,90	0,18	63	0,850	0,150	62	0,870	0,160	61	0,750	0,150	60	0,680	0,160	59
Kältegefühl	1,02	0,18	63	0,840	0,180	62	0,700	0,150	61	0,500	0,140	60	0,540	0,140	59
Substanzhunger	0,30	0,11	63	0,340	0,110	62	0,390	0,120	61	0,330	0,110	60	0,310	0,100	59
andere	0,13	0,07	63	0,100	0,060	62	0,030	0,020	61	0,080	0,040	60	0,050	0,030	59
						Treat 7									
		Treat 6			2000 10 1000 10		7	reat 8			Treat 9		Ī	reat 10	
Symptoms	Mean	SEM	n	Mean	SEM	n	Mean	SEM	n	Mean	SEM	n	Mean	SEM	n
Energielosigkeit	Mean 1,440	SEM 0,160	50	Mean 1,340	SEM 0,190	41	Mean 1,200	SEM 0,200	35	Mean 1,040	SEM 0,200	26	Mean 1,100	SEM 0,230	21
Energielosigkeit Schlafstörung	Mean 1,440 1,000	SEM 0,160 0,180	50 50	Mean 1,340 1,120	SEM 0,190 0,220	41 41	Mean 1,200 1,090	0,200 0,250	35 35	Mean 1,040 0,650	0,200 0,190	26 26	Mean 1,100 0,620	SEM 0,230 0,210	21 21
Energielosigkeit Schlafstörung Angst	Mean 1,440 1,000 1,520	0,160 0,180 0,230	50 50 50	Mean 1,340 1,120 1,590	0,190 0,220 0,260	41 41 41	Mean 1,200 1,090 1,400	0,200 0,250 0,280	35 35 35	Mean 1,040 0,650 1,150	0,200 0,190 0,240	26 26 26	Mean 1,100 0,620 0,710	0,230 0,210 0,230	21 21 21
Energielosigkeit Schlafstörung Angst Unruhe	Mean 1,440 1,000 1,520 1,660	0,160 0,180 0,230 0,200	50 50 50 50	Mean 1,340 1,120 1,590 1,710	0,190 0,220 0,260 0,250	41 41 41 41	Mean 1,200 1,090 1,400 1,570	0,200 0,250 0,280 0,270	35 35 35 35	Mean 1,040 0,650 1,150 1,150	0,200 0,190 0,240 0,260	26 26 26 26	Mean 1,100 0,620 0,710 0,950	0,230 0,210 0,230 0,230 0,230	21 21 21 21
Energielosigkeit Schlafstörung Angst Unruhe Reizbarkeit	Mean 1,440 1,000 1,520 1,660 1,020	0,160 0,180 0,230 0,200 0,200	50 50 50 50 50	Mean 1,340 1,120 1,590 1,710 1,150	0,190 0,220 0,260 0,250 0,220	41 41 41 41 41	Mean 1,200 1,090 1,400 1,570 0,910	0,200 0,250 0,250 0,270 0,270 0,200	35 35 35 35 35	Mean 1,040 0,650 1,150 1,150 0,810	0,200 0,190 0,240 0,260 0,240	26 26 26 26 26	Mean 1,100 0,620 0,710 0,950 0,330	0,230 0,210 0,230 0,230 0,230 0,200	21 21 21 21 21 21
Energielosigkeit Schlafstörung Angst Unruhe Reizbarkeit Konzentrationschwäche	Mean 1,440 1,000 1,520 1,660 1,020 1,520	0,160 0,180 0,230 0,200 0,200 0,210	50 50 50 50 50 50	Mean 1,340 1,120 1,590 1,710 1,150 1,660	0,190 0,220 0,260 0,250 0,220 0,270	41 41 41 41 41 41	Mean 1,200 1,090 1,400 1,570 0,910 1,230	0,200 0,250 0,280 0,270 0,200 0,240	35 35 35 35 35 35	Mean 1,040 0,650 1,150 1,150 0,810 1,230	0,200 0,190 0,240 0,260 0,240 0,260	26 26 26 26 26 26	Mean 1,100 0,620 0,710 0,950 0,330 0,900	0,230 0,210 0,230 0,230 0,230 0,200 0,280	21 21 21 21 21 21 21
Energielosigkeit Schlafstörung Angst Unruhe Reizbarkeit Konzentrationschwäche Schwindel	Mean 1,440 1,000 1,520 1,660 1,020 1,520 0,640	9,160 0,180 0,230 0,200 0,200 0,200 0,210 0,150	50 50 50 50 50 50 50	Mean 1,340 1,120 1,590 1,710 1,150 1,660 0,710	95EM 0,190 0,220 0,260 0,250 0,220 0,270 0,190	41 41 41 41 41 41	Mean 1,200 1,090 1,400 1,570 0,910 1,230 0,660	0,200 0,250 0,280 0,270 0,200 0,240 0,220	35 35 35 35 35 35 35	Mean 1,040 0,650 1,150 1,150 0,810 1,230 0,580	0,200 0,190 0,240 0,260 0,240 0,260 0,160	26 26 26 26 26 26 26 26	Mean 1,100 0,620 0,710 0,950 0,330 0,900 0,380	0,230 0,210 0,230 0,230 0,230 0,200 0,280 0,150	21 21 21 21 21 21 21 21
Energielosigkeit Schlafstörung Angst Unruhe Reizbarkeit Konzentrationschwäche Schwindel Magenbeschwerden	Mean 1,440 1,000 1,520 1,660 1,020 1,520 0,640 0,560	0,160 0,180 0,230 0,200 0,200 0,210 0,150 0,170	50 50 50 50 50 50 50 50	Mean 1,340 1,120 1,590 1,710 1,150 1,660 0,710 0,680	0,190 0,220 0,260 0,250 0,220 0,270 0,190 0,220	41 41 41 41 41 41 41	Mean 1,200 1,090 1,400 1,570 0,910 1,230 0,660 0,600	0,200 0,250 0,280 0,270 0,200 0,240 0,220 0,230	35 35 35 35 35 35 35 35	Mean 1,040 0,650 1,150 1,150 0,810 1,230 0,580 0,460	0,200 0,190 0,240 0,260 0,240 0,260 0,160 0,140	26 26 26 26 26 26 26 26	Mean 1,100 0,620 0,710 0,950 0,330 0,900 0,380 0,190	0,230 0,210 0,230 0,230 0,230 0,200 0,280 0,150 0,110	21 21 21 21 21 21 21 21 21
Energielosigkeit Schlafstörung Angst Unruhe Reizbarkeit Konzentrationschwäche Magenbeschwerden Rückenschmerzen	Mean 1,440 1,000 1,520 1,660 1,020 1,520 0,640 0,560 1,160	0,160 0,180 0,230 0,200 0,200 0,210 0,150 0,170 0,250	50 50 50 50 50 50 50 50 50	Mean 1,340 1,120 1,590 1,710 1,150 1,660 0,710 0,680 1,240	0,190 0,220 0,260 0,250 0,220 0,270 0,190 0,220 0,280	41 41 41 41 41 41 41 41	Mean 1,200 1,090 1,400 1,570 0,910 1,230 0,660 0,600 1,110	0,200 0,250 0,280 0,270 0,200 0,240 0,220 0,230 0,300	35 35 35 35 35 35 35 35 35	Mean 1,040 0,650 1,150 1,150 0,810 1,230 0,580 0,460 0,960	0,200 0,190 0,240 0,260 0,240 0,260 0,160 0,140 0,290	26 26 26 26 26 26 26 26 26 26	Mean 1,100 0,620 0,710 0,950 0,330 0,900 0,380 0,190 0,950	0,230 0,210 0,230 0,230 0,230 0,200 0,280 0,150 0,110 0,330	21 21 21 21 21 21 21 21 21 21
Energielosigkeit Schlafstörung Angst Unruhe Reizbarkeit Konzentrationschwäche Schwindel Magenbeschwerden Rückenschmerzen	Mean 1,440 1,000 1,520 1,660 1,020 1,520 0,640 0,560 1,160 0,700	95EM 0,160 0,180 0,230 0,200 0,200 0,210 0,150 0,170 0,250 0,200	50 50 50 50 50 50 50 50 50 50	Mean 1,340 1,120 1,590 1,710 1,150 1,660 0,710 0,680 1,240 0,850	0,190 0,220 0,260 0,250 0,270 0,190 0,220 0,280 0,260	41 41 41 41 41 41 41 41 41	Mean 1,200 1,090 1,400 1,570 0,910 1,230 0,660 0,600 1,110 0,710	0,200 0,250 0,280 0,270 0,200 0,240 0,220 0,230 0,300 0,250	35 35 35 35 35 35 35 35 35 35 35	Mean 1,040 0,650 1,150 1,150 0,810 1,230 0,580 0,460 0,960 0,310	0,200 0,190 0,240 0,260 0,240 0,260 0,160 0,140 0,290 0,210	26 26 26 26 26 26 26 26 26 26	Mean 1,100 0,620 0,710 0,950 0,330 0,900 0,380 0,190 0,950 0,290	0,230 0,210 0,230 0,230 0,230 0,200 0,280 0,150 0,110 0,330 0,240	21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 21
Energielosigkeit Schlafstörung Angst Unruhe Reizbarkeit Konzentrationschwäche Schwindel Magenbeschwerden Rückenschmerzen Kopfschmerzen Verspannungen	Mean 1,440 1,000 1,520 1,660 1,020 0,640 0,560 1,160 0,700 1,240	95EM 0,160 0,180 0,230 0,200 0,200 0,210 0,150 0,170 0,250 0,200 0,220	50 50 50 50 50 50 50 50 50 50	Mean 1,340 1,120 1,590 1,710 1,150 1,660 0,710 0,680 1,240 0,850 1,390	0,190 0,220 0,260 0,250 0,220 0,270 0,190 0,220 0,280 0,260 0,240	41 41 41 41 41 41 41 41 41	Mean 1,200 1,090 1,400 1,570 0,910 1,230 0,660 0,600 1,110 0,710 0,970	0,200 0,250 0,280 0,270 0,200 0,240 0,220 0,230 0,300 0,250 0,240	35 35 35 35 35 35 35 35 35 35 35	Mean 1,040 0,650 1,150 1,150 0,810 1,230 0,580 0,460 0,960 0,310 1,040	0,200 0,190 0,240 0,240 0,260 0,260 0,160 0,140 0,290 0,210 0,260	26 26 26 26 26 26 26 26 26 26 26	Mean 1,100 0,620 0,710 0,950 0,330 0,900 0,380 0,190 0,950 0,290 0,810	0,230 0,210 0,230 0,230 0,230 0,200 0,280 0,150 0,110 0,330 0,240 0,310	21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 21
Energielosigkeit Schlafstörung Angst Unruhe Reizbarkeit Konzentrationschwäche Schwindel Magenbeschwerden Rückenschmerzen Kopfschmerzen Verspannungen	Mean 1,440 1,000 1,520 1,660 1,020 1,520 0,640 0,560 1,160 0,700 1,240 0,920	SEM 0,160 0,180 0,230 0,200 0,200 0,210 0,150 0,170 0,250 0,200 0,220 0,200	50 50 50 50 50 50 50 50 50 50	Mean 1,340 1,120 1,590 1,710 1,150 1,660 0,710 0,680 1,240 0,850 1,390 1,100	0,190 0,220 0,260 0,250 0,270 0,190 0,220 0,280 0,260 0,240 0,260	41 41 41 41 41 41 41 41 41	Mean 1,200 1,090 1,400 1,570 0,910 1,230 0,660 0,600 1,110 0,710 0,970 0,830	0,200 0,250 0,280 0,270 0,200 0,240 0,220 0,300 0,250 0,240 0,220	35 35 35 35 35 35 35 35 35 35 35 35	Mean 1,040 0,650 1,150 0,810 1,230 0,580 0,460 0,960 0,310 1,040 0,690	9.200 0,190 0,240 0,260 0,240 0,260 0,160 0,140 0,290 0,210 0,260 0,240	26 26 26 26 26 26 26 26 26 26 26 26	Mean 1,100 0,620 0,710 0,950 0,330 0,900 0,380 0,190 0,950 0,290 0,810 0,430	0,230 0,210 0,230 0,230 0,200 0,280 0,150 0,110 0,330 0,240 0,310 0,190	21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 2
Energielosigkeit Schlafstörung Angst Unruhe Reizbarkeit Konzentrationschwäche Schwindel Magenbeschwerden Rückenschmerzen Kopfschmerzen Verspannungen Zittern	1,440 1,000 1,520 1,660 1,020 1,520 0,640 0,560 1,160 0,700 1,240 0,920 0,800	9.160 0,160 0,180 0,230 0,200 0,200 0,210 0,150 0,170 0,250 0,200 0,200 0,200 0,190	50 50 50 50 50 50 50 50 50 50 50 50	1,340 1,120 1,590 1,710 1,150 1,660 0,710 0,680 1,240 0,850 1,100 0,800	9EM 0,190 0,220 0,260 0,250 0,270 0,190 0,220 0,280 0,260 0,260 0,210	41 41 41 41 41 41 41 41 41 41	Mean 1,200 1,090 1,400 1,570 0,910 1,230 0,660 0,600 1,110 0,710 0,970 0,830 0,570	0,200 0,250 0,280 0,270 0,200 0,240 0,220 0,300 0,300 0,250 0,240 0,220 0,170	35 35 35 35 35 35 35 35 35 35 35 35 35	Mean 1,040 0,650 1,150 0,810 1,230 0,580 0,460 0,960 0,310 1,040 0,690 0,540	9.200 0,190 0,240 0,260 0,240 0,260 0,160 0,140 0,290 0,210 0,260 0,240 0,190	26 26 26 26 26 26 26 26 26 26 26 26 26	Mean 1,100 0,620 0,710 0,950 0,330 0,900 0,380 0,190 0,950 0,290 0,810 0,430 0,900	9EM 0,230 0,210 0,230 0,230 0,200 0,280 0,150 0,110 0,330 0,240 0,410 0,190 0,180	21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 2
Energielosigkeit Schlafstörung Angst Unruhe Reizbarkeit Konzentrationschwäche Schwindel Magenbeschwerden Rückenschmerzen Kopfschmerzen Verspannungen Schwitzen Zittern	1,440 1,000 1,520 1,660 1,020 1,520 0,640 0,560 1,160 0,700 1,240 0,920 0,800 0,720	0,160 0,180 0,230 0,200 0,200 0,210 0,150 0,170 0,250 0,200 0,200 0,200 0,190 0,160	50 50 50 50 50 50 50 50 50 50 50 50	1,340 1,120 1,590 1,710 1,150 1,660 0,710 0,680 1,240 0,850 1,390 0,800 0,590	0,190 0,220 0,260 0,250 0,270 0,270 0,190 0,220 0,280 0,260 0,260 0,240 0,260 0,210	41 41 41 41 41 41 41 41 41 41	Mean 1,200 1,090 1,400 1,570 0,910 1,230 0,660 0,600 1,110 0,710 0,970 0,830 0,570 0,600	0,200 0,250 0,280 0,270 0,200 0,240 0,220 0,230 0,300 0,250 0,240 0,220 0,170 0,190	35 35 35 35 35 35 35 35 35 35 35 35 35 3	Mean 1,040 0,650 1,150 1,150 0,810 1,230 0,580 0,460 0,960 0,310 1,040 0,690 0,540 0,620	0,200 0,190 0,240 0,260 0,260 0,160 0,140 0,290 0,210 0,260 0,240 0,240 0,190 0,210	26 26 26 26 26 26 26 26 26 26 26 26 26 2	Mean 1,100 0,620 0,710 0,950 0,330 0,900 0,950 0,290 0,810 0,430 0,900 0,570	0,230 0,210 0,230 0,230 0,230 0,200 0,280 0,150 0,110 0,330 0,240 0,310 0,180 0,230	21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 2
Energielosigkeit Schlafstörung Angst Unruhe Reizbarkeit Konzentrationschwäche Schwindel Magenbeschwerden Rückenschmerzen Kopfschmerzen Verspannungen Zittern	1,440 1,000 1,520 1,660 1,020 1,520 0,640 0,560 1,160 0,700 1,240 0,920 0,800	9.160 0,160 0,180 0,230 0,200 0,200 0,210 0,150 0,170 0,250 0,200 0,200 0,200 0,190	50 50 50 50 50 50 50 50 50 50 50 50	1,340 1,120 1,590 1,710 1,150 1,660 0,710 0,680 1,240 0,850 1,100 0,800	9EM 0,190 0,220 0,260 0,250 0,270 0,190 0,220 0,280 0,260 0,260 0,210	41 41 41 41 41 41 41 41 41 41	Mean 1,200 1,090 1,400 1,570 0,910 1,230 0,660 0,600 1,110 0,710 0,970 0,830 0,570	0,200 0,250 0,280 0,270 0,200 0,240 0,220 0,300 0,300 0,250 0,240 0,220 0,170	35 35 35 35 35 35 35 35 35 35 35 35 35	Mean 1,040 0,650 1,150 0,810 1,230 0,580 0,460 0,960 0,310 1,040 0,690 0,540	9.200 0,190 0,240 0,260 0,240 0,260 0,160 0,140 0,290 0,210 0,260 0,240 0,190	26 26 26 26 26 26 26 26 26 26 26 26 26	Mean 1,100 0,620 0,710 0,950 0,330 0,900 0,380 0,190 0,950 0,290 0,810 0,430 0,900	9EM 0,230 0,210 0,230 0,230 0,200 0,280 0,150 0,110 0,330 0,240 0,410 0,190 0,180	21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 2

Abb. 2: Means = SEMs der untersuchten Parameter nach einer bis zehn Akupunktursitzungen



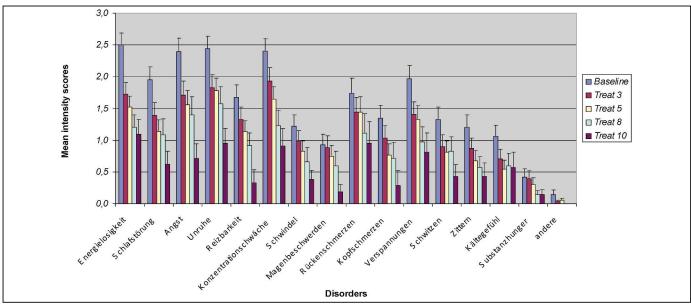


Abb. 3: Verbesserung der Befindlichkeitsmerkmale

Die Geschlechterabhängigkeit wurde geprüft. Die Behandlung wurde von zwei Pflegekräften durchgeführt, die eine Weiterbildung der NADA-Ohrakupunktur besucht hatten (viertägiger Kurs). TCM-Erfahrung lag nicht vor. Es wurden keine weiteren Akupunkturpunkte gestochen. Eine Pflegeperson hatte zu Beginn der Studie eine einjährige, die zweite eine halbjährige Erfahrung mit NADA-Ohrakupunktur. In Urlaubszeiten wurde Personal von anderen Abteilungen hinzugezogen.

Die Behandlung fand ausschließlich im Gruppensetting und einmal wöchentlich statt. Die Aufklärung fand vor der Behandlung statt. Die Patienten konnten am jeweiligen Morgen selbst entscheiden, an der Therapie teilzunehmen oder nicht.

Die Behandlung wurde bei bis zu acht Patienten von einer Pflegekraft allein durchgeführt, bei mehr als acht Patienten von zwei Pflegekräften. Die Patienten saßen auf Holzstühlen.

Nachdem alle Patienten mit Nadeln versorgt waren, wurde Musik gespielt. Die Pflegepersonen verließen den Raum, sobald alle Nadeln gesetzt waren. Sie kamen zum Ende der Behandlung wieder. Die Nadeln wurden durch die Patienten selbstständig entfernt.

Statistik

Den Fragestellungen dieser Studie wurde durch eine einfaktorielle multivariate Varianzanalyse mit wiederholten Messungen (Multivariate Analyses of Variance with Repeated Measures) Rechnung getragen. Der einzige Einflussfaktor ist hier die Behandlung und ist als ein Within-Subjects Factor mit vier Stufen (baseline, drei, fünf und acht Behandlungen) oder fünf Stufen (baseline, drei, fünf, acht und zehn Behandlungen) anzusehen. Alle A-posteriori-Tests [univariate F-Tests oder Kontrasttests] zur Feststellung eines signifikanten Behandlungseffekts werden auf einem korrigierten Signifikanzniveau (Bonferroni- oder Hol-Sidak-Korrektur) durchgeführt.

Ergebnisse

Es zeigten sich hoch signifikante Verbesserungen der Befindlichkeitsmerkmale Energielosigkeit [(F (4,76) = 201.66, p < 0.0001], Schlaflosigkeit [(F (4,76) = 4.20, p = 0.004] und Angst [(F (4,76) = 10.36, p < 0.0001]. Signifikante Verbesserungen wurden bei folgenden Befindlichkeitsmerkmalen gemessen: Reizbarkeit [(F (4,76) = 5.54, p < 0.0001], Konzentrationsstörungen [(F (4,76) = 5.54)]

= 8.52, p < 0.0001], Schwindel [(F (4,76) = 4.39, p = 0.003]* und Rückenschmerzen. Diese wurden bei einer Behandlungsanzahl von 10 festgestellt.

Bei weniger Behandlungen gab es zwar auch einige signifikante Verbesserungen, jedoch deutlich weniger. Bei den meisten untersuchten Symptomen wurde ein linear-abnehmender Trend festgestellt, der darauf hindeutet, dass mit fortlaufenden Akupunkturbehandlungen die Beschwerden bei diesen Symptomen stets signifikant weniger werden (Abb. 1*). Geschlechtsunterschiede wurden nicht festgestellt.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Es zeigte sich, dass die NADA-Ohrakupunktur in einem gemischten Patientenkollektiv von 64 teilstationär behandelten psychiatrischen Patienten zu teilweise hoch signifikanten Befindlichkeitsverbesserungen führte. Bei den meisten untersuchten Symptomen wurde ein linear-abnehmender Trend festgestellt, der darauf hindeutet, dass diese Symptome mit fortlaufenden Akupunkturbehandlungen günstig zu beeinflussen sind.

	Baseline				
Symptoms	Mean	SEM	n		
Energielosigkeit	2,500	0,190	64		
Schlafstörung	1,950	0,200	64		
Angst	2,390	0,220	64		
Unruhe	2,440	0,200	64		
Reizbarkeit	1,670	0,200	64		
Konzentrationschwäche	2,410	0,200	64		
Schwindel	1,220	0,180	64		
Magenbeschwerden	0,920	0,170	64		
Rückenschmerzen	1,730	0,240	64		
Kopfschmerzen	1,340	0,200	64		
Verspannungen	1,970	0,210	64		
Schwitzen	1,330	0,200	64		
Zittern	1,200	0,190	64		
Kältegefühl	1,060	0,180	64		
Substanzhunger	0,420	0,130	64		
andere	0,140	0,080	64		

Abb. 4: Means = SEMs der untersuchten Parameter zur Baseline

^{*} Versehentlich wurde "Schwindel" in Abbildung 1 nicht dargestellt.

ORIGINALIA ORIGINAL ARTICLES

A. RÖBE

STANDARDISIERTE GRUPPENOHRAKUPUNKTUR NACH DEM NADA-PROTOKOLL BEI ALLGEMEINPSYCHIATRISCH ERKRANKTEN PATIENTEN EINER SCHWEIZER TAGESKLINIK

Diskussion und Ausblick

Bemerkenswert, obwohl nicht signifikant, war, dass Patienten mit chronischer Schizophrenie gerne und regelmäßig kamen und das Behandlungsangebot am besten nutzten. Hierzu befragt konnten sie im Allgemeinen nur angeben, dass sie gerne kamen.

Auch Männer, die anderen Entspannungs- oder psychotherapeutischen Gruppen gegenüber kein Interesse zeigten, nahmen das NADA-Angebot gerne wahr.

Eine Dekompensation wurde bei traumatisierten Patienten und Patienten mit Schizophrenie nicht beobachtet. Auch schwer kranke Patienten mit Borderline-Erkrankung tolerierten die Behandlung ohne Zwischenfälle.

Eine weitere interessante Beobachtung war, dass Patienten mit Migrationshintergrund und dem Symptomkomplex aus Depressionen und chronischen Schmerzen entgegen den Erwartungen weniger oft und zögerlich an den NADA-Sitzungen teilnahmen und in der Regel auch keine Reduktion der Schmerzen erreichten. Diese Beobachtungen wurden vor allem bei tagesklinischen Patienten gemacht. Hier steht die Frage im Raum, ob eine Fokussierung auf den Schmerz ein Problem darstellte oder ob die Behandlungshäufigkeit zu gering war. Bei diesem Patientengut wären weitere Studien, allenfalls in multimodalen Schmerzsettings, interessant.

Auch in dieser evaluativen Studie zeigte sich, wie bereits so häufig aus klinischen Beobachtungen berichtet, dass auch allgemeinpsychiatrische Patienten ohne primären Suchthintergrund mit diversen Beschwerden von dieser Behandlung profitieren.

Den vielen sehr guten klinischen Erfahrungen und der Ausbreitung des NADA-Protokolls steht bei allgemein-psychiatrischen Patienten noch eine unbefriedigende Datenlage gegenüber. Die Durchführung weiterer Studien wäre wünschenswert. Viele Fragen und interessante Aspekte, welche zu untersuchen wären, stehen noch im Raum. Generell wären natürlich Placebo-kontrollierte Gruppen sinnvoll. Eine exakte Differenzierung, welchen Anteil die NADA-Ohrakupunktur an der Beschwerdeverbesserung hat, bleibt in einem multimodal ausgerichteten therapeutischen Setting bei sehr gemischtem Patientengut vermutlich schwierig.

So kann auch in dieser Untersuchung nicht mit Sicherheit gesagt werden, welcher Effekt ausschließlich der Therapie mit NADA-Akupunktur zugeschrieben werden kann.

Die Einrichtung einer Kontrollgruppe war in diesem multimodalen Setting nicht möglich. Die Patienten wurden zwar nach jeder Sitzung befragt, eine gewisse Unsicherheit bleibt.

Erklärung zu Interessenkonflikten

Es liegen keine Interessenkonflikte vor.

Literatur

- 1. Wen H. Treatment of drug addiction by acupuncture and electrical stimulation. Asian Journal of Medicine 1973;9:138-141
- 2. Smith MO, Khan I. An Acupuncture Programme for the Treatment of Drugaddicted Persons. Bulletin on Narcotis 1988:40,1:35-41
- 3. Bullock ML, Culliton PD, Oloander RT. Controlled trial of acupuncture for severe recidivist alcoholism, Lancet 1989 Jun 24;1(8652):1435-9
- 4. Bermann AH et. al. Treating drug using prison inmates with auricular acupuncture: a randomized controlled trial, J Subst. Abuse Trat 2004 Mar.; 26,2:95-102
- 5. Weidig W. Erfahrungen mit Akupunktur beim Entzug von Jugendlichen in der Fachklinik Bokholt. Dt Ztschr f Akup. 2004;47,3:24-31
- $6. \ Bergdah \ L \ et. \ al. \ Patients \ experience \ of \ auricular \ acupuncture \ during \ protracted \ with drawl, \ J. \ Psychiatr.$ Ment Health Nurs 2014 Mar, 21(2):163-9
- 7. Stuyt EB. Ear acupuncture for co-occuring substance abuse and borderline personality disorder: an aid to encourage treatment retention and tobacco cessation, Acupunct Med. 2014 Aug, 32;4:218-24
- 8. 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
- 9. Eisenlohr V, Römer HW, Zimmermann P. Akupunktur eine neue Option in der Behandlung traumatisierter Bundeswehrsoldaten? Dt Ztschr f Akup. 2010;53,2:29–34

 10. Raben R. Phasen der Stressbewältigung – Traumaverarbeitung und Akupunktur. Dt Ztschr f Akup. 2011;54,4:13–17

 11. Cole B, Yarbery M. NADA Training Provides PTSD Relief in Haiti. Dt Ztschr f Akup. 2011;54,1:21–24
- 12. Schönegger S, Ots T. Wirksamkeit der NADA-Ohrakupunktur bei Menschen mit psychiatrischen Diagnosen im ambulanten Bereich. Dt Ztschr f Akup. 2013;56,4:9-12
- 13. Hase M. Implementation des NADA-Protokolls in der Psychosomatik. Dt Ztschr f Akup. 2014;57,4:12–16
- 14. Hase M, Balmaceda M. Über den Wert des NADA-Protokolls in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung. Dt Ztschr f Akup. 2015;58,1:6-9

Autoreninformation (STRICTA recommendations)

Dr. Adriane Röbe ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztin für Allgemeinmedizin, Fähigkeitsausweis TCM-Akupunktur (CH). Neben der klassisch psychiatrischen Arbeit Leiterin Sprechstunde TCM in Psychiatrischer Klinik sowie Projekten Komplementärmedizin in der Psychiatrie. Ausbilderin der NADA Schweiz und Deutschland und Vorstandsmitglied NADA Schweiz. Ausbildungsleitung des Zertifikatskurses Integrative Psychosomatik Chiway (CH).



SEIRIN $\mathsf{B} extsf{-}\mathsf{T}\mathsf{Y}$

Die **BESTE** für Ihre Patienten!

Diamantscharf geschliffene Nadelspitzen für nahezu schmerzfreie Anwendung

Kostenloses Muster BESTELLEN

3bscientific.com

Heidelberger Straße 26 01189 Dresden • Germany Tel: 0 351 40 390-214 Fax: 0 351 40 390-90 E-Mail: akupunktur@3bscientific.com

PATIENTINNENZUFRIEDENHEIT MIT DER NADA-OHRAKUPUNKTUR

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

PatientInnenzufriedenheit mit der NADA-Ohrakupunktur auf einer psychiatrischen Station

- Eine Anwendungsbeobachtung

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 Befindlichkeitsparameter 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 sig-

nifikante Verbesserung.

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

Schlüsselwörter

Ohrakupunktur, NADA-Protokoll, Psychiatrie, Depression, Angststörung

Patient Satisfaction with the NADA-Protocol in a Psychiatric Ward

- An Observational Study of Practical Application

Abstract

Background: In June 2006, the NADA-Protocol was introduced as a voluntary treatment option for psychiatric patients in the ward of "Integrative Psychiatry" of the Landesnervenklinik Sigmund Freud, teaching hospital of the Medical University Graz, Austria.

Objective: To evaluate the utilization and efficacy of this voluntary treatment option.

Method: Over a period of six weeks, the number of patients who opted for the treatment was measured. Several states of health were assessed by a pre-post-Visual Analog Scale. Data were statistically evaluated by t-test.

Results: Over a period of six weeks, 62 % of the patients used this voluntary treatment option. All measured parameters of health improved significantly.

Conclusion: The study reveals that the NADA-protocol is welcomed by psychiatric patients and shows favourable effects on their health.

Keywords

Ear-Acupuncture, NADA-Protocol, Psychiatry, Depression, Panic Disorder

1. Einleitung

Im Jahre 2000 war das therapeutische Angebot auf der psychiatrischen Station Psy 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 Patientlnnen 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 Psychiatrie", 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 Ärztlnnen im NADA-Protokoll geschult. Unmittelbar nach Abschluss des ersten Schulungswochenendes wurde im Mai 2006 die

Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll pilotmäßig als routinemäßig ablaufende Gruppenbehandlung 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



PATIENT INNENZUFRIEDENHEIT MIT DER NADA-OHRAKUPUNKTUR

durchgesetzt hat. So wenden in Großbritannien, den skandinavischen Ländern, Italien und Deutschland 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 Integratrive 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, non-konfrontativ.
- 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 Therapeutlnnen anwesend. Nachdem die meisten Patienten genadelt sind, verbleibt eine Therapeutln 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 Patientlnnen 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 Patientlnnenzufriedenheit mit dem NADATherapieangebot 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 mit 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 Patientlnnen nicht zu verfälschen, wurde den Patientlnnen 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 %.

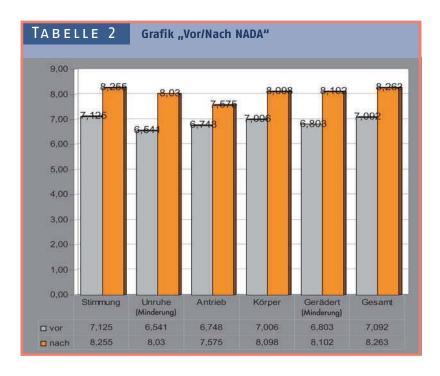
Die Datenauswertung über alle 49 Personen und alle 13 Termine hinweg ergab in allen Dimensionen der visuellen Analogskala eine signifikante Verbesserung der Symptomatik (s. Tab. 2 und Tab. 3).

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

TABELLE	1 PatientInnenfrequenz	05.09.2006 bis	s 17.10.2006
Datum	Anzahl PatientInnen NADA-Entspannungsgruppe	Datum	Anzahl PatientInnen NADA-Entspannungsgruppe
05.09.2006	24	26.09.2006	22
07.09.2006	18	28.09.2006	17
12.09.2006	18	03.10.2006	21
14.09.2006	18	05.10.2006	15
19.09.2006	18	10.10.2006	15
21.09.2006	23	12.10.2006	9
		17.10.2006	14

PATIENTINNENZUFRIEDENHEIT MIT DER NADA-OHRAKUPUNKTUR



 und beschrieben ihren Gesamtzustand als deutlich besser.

als vor der NADA-Entspannungsgruppe.

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-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; Jungebad etc.), Einzel-Physiotherapie, sozialarbeiterische Betreuung, Beschäftigungstherapie, Musiktherapie o. ä.
- 3. Andere PatientInnen hatten zu dieser Zeit einen soziothera-

- peutischen Ausgang oder eine Untersuchung (Interne; Röntgen etc.)
- 4. 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 Betreuung nutzen konnten.
- Es gab vereinzelt PatientInnen, die NADA ablehnten bzw. von sich aus zeitweilig mit einer Akupunkturbehandlung aussetzten.

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 30bis 45-minütiger Ruhephase hinausgehen, war nicht Thema der Studie

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

PATIENT INNENZUFRIEDENHEIT MIT DER NADA-OHRAKUPUNKTUR

Fazit

Entspannungstherapie nach dem NADA-Protokoll hat sich innerhalb kurzer Zeit zu einer von den PatientInnen geschätzten und intensiv genutzten freiwilligen Therapieoption entwickelt.

und müsste in einem kontrollierten Setting untersucht werden.

6. Schlussfolgerung

Insgesamt ist festzuhalten, dass das NADA-Protokoll unter den Patientlnnen der Station außerordentlich beliebt ist und inzwischen zu einer festen therapeutischen Institution geworden ist. Dies wird auch durch folgende Parameter unterstützt:

- Einzelne Patientlnnen anderer Stationen und Primariaten nutzen das NADA-Angebot auf der Station Ps 15.
- Ebenso besteht die Möglichkeit, nach dem stationären Aufenthalt am NADA-Protokoll ambulant weiter teilzunehmen, was ebenfalls von einigen Patienten genutzt wird.

Die Untersuchung rechtfertigt die Einführung des NADA-Protokolls als freiwilliges Angebot auf einer psychiatrischen Station.

Literatur

- Avants SK, Margolin A, Holford Th, Kosten ThR. A randomized controlled trial of auricular acupuncture for cocaine dependence. Arch. Intern. Med. 2000; 160:2305–2312
- Baudis R, ed. Punkte der Wandlung Suchtakupunktur nach dem NADA-Protokoll. 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.I
- Berman AH, Lundberg U. Auricular acupuncture in prison psychiatric units: a pilot study. Acta Psychiatr Scand. 2002; 106:152–157
- 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
- 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, Klieser E: Acupuncture in patients with minor depressive episodes and generalized anxiety. Results of an experimental study. Fortschr Neurol Psychiatr 2000; 68:137–144.
- Esser AH, Botek ST, Gilbert C. Acupuncture Tonification: Adjunct in Psychiatric Rehabilitation. Amenican Journal of Chinese Medicine 1976. 4:73–79
- Fullilove MT, Smith MO. Acupuncture as Treatment for the Borderline Personality Disorder. NADA Literature Clearinghouse. PO Box 1927, Vancouver, WA 98668; 1993
- 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
- Kane J, Discipio W. Acupuncture Treatment of Schizophrenia: Report on Three Cases. American Journal of Psychiatry 1979, 136:297–302
- Kober A, Scheck T, Schubert B. Auricular Acupressure as a Treatment for Anxiety in Prehospital Transport Settings. Anesthesiology 2003; 98, 6:1328–1332.
- Niederecker M. Akupunktur nach dem "NADA Protokoll" am Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie Taufkirchen (Vils). Dt. Ztschr. f. Akup. 2004; 47, 2:14–16
- Ogal H, Ogal M, Hafer J. Beginn der Anxiolyse und Relaxation unter Ohrakupunktur. Dt. Ztschr. f. Akup. 2004; 47, 2:6–12
- Ots T, Payer K, Haas K. Integrative Psychiatrie – Ein Jahr Modellversuch im stationären Bereich. Dt. Ztschr. f. Akup. 2001; 44, 4:279–282
- Raben R. Einführung in die Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll. In: Baudis R, ed. Punkte der Wandlung – Suchtakupunktur nach dem NADA-Protokoll. 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
- 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
- Smith MO. Acupuncture treatment for crack: clinical survey of 1.500 patients treated. Am. J. Acup. 1988; 16:241–247
- 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
- Strauß K, Weidig W, eds. Akupunktur in der Suchtmedizin. Stuttgart: Hippokrates 1997
- Wang SM, Kain ZN: Auricular acupuncture: a potential treatment for anxiety. *Anesth Analg* 2001; 92:548–553.
- Wen H, Cheung S. Treatment of drug addiction by acupuncture and electrical stimulation. Asian Journal of Medicine 1973; 9:138–141



Korrespondenzadresse

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

R. Raben

Carola S., heroinabhängig – Akupunktur in einem Fall chronischer Drogenabhängigkeit

Zusammenfassung

Behandlung und Betreuung einer drogenabhängigen Schwangeren und jungen Mutter mit Methadon und Akupunktur über mehrere Jahre. Akupunktur auch des hyperaktiven Kindes. Akupunktur allein heilt nicht die Sucht, hat aber bei schweren, chronischen Erkrankun-

gen wie z. B. bei Drogenkrankheit zu verschiedenen Zeiten verschiedene Rollen und Effekte. Sie stabilisiert die Patientin, lindert Symptome, hilft die Medikation zu reduzieren und öffnet die Patientin für weitergehende Behandlungen. Bei Rückfällen kann die einfache, nonkonfrontative Methode der Be-

handlung leichter angenommen werden.

Schlüsselwörter

Drogenabhängigkeit, Kokain, Schwangerschaft, Akupunktur, NADA-Protokoll, Entzugssymptome, Neugeborenen-Entzugskrankheit, Akupressu-Pflaster

Heroin Addiction - Acupuncture in the Case of Chronic drug additction

Summary

Case report: Treatment of a drug dependent pregnant woman with methadone and acupuncture leads to better outcome of the newborn. In the newborn acupressure plaster

reduces symptoms of NAS. Acupuncture by itself heals not the addiction, but plays different roles and effects during a long term treatment of a patient with severe chronic diseases.

Keywords

drug addiction, cocaine, pregnancy, acupuncture, NADA-Protocol, detoxification symptoms, newbornabstinence-syndrome, acupressure plaster

Krankengeschichte

Carola S. ist jetzt 35 Jahre alt. Seit dem 17. Lebensjahr ist sie sucht-krank, heroinsüchtig.

1994 kommt sie erstmals in unsere Gynäkologisch-Geburtshilfliche Gemeinschaftspraxis in Hamburg-Altona. Sie ist in der 14. Woche schwanger. Eine Ultraschalluntersuchung zeigt ihr und uns einen intakten, lebendigen, normal geformten Fetus. Außer der Hepatitis C mit leicht erhöhten Leberwerten zeigt die serologische Untersuchung keine Auffälligkeiten.

Carola zeigt die typische Drogenkarriere einer jungen Frau: Intravenöser Heroinkonsum mehrfach am Tag; Prostitution zur Beschaffung des Geldes; täglicher Kokainkonsum, um das Geschäft mit den Freiern besser durch- und ihre präsuizidalen Zustände und Depressionen besser aushalten zu können; Benzodiazepinkonsum, um schlafen zu können.

Der Kontakt zu den Eltern ist seit langem abgebrochen, die Freunde sind alle in der Szene, Gefängnisaufenthalt wegen wiederholtem Diebstahl, chronisch virämische Hepatitis C, Behandlung mit einem Heroinersatzmittel. Sie wird seit zwei Jahren von einem Kollegen mit L-Polamidon substituiert. Seitdem spritzt sie kein Heroin mehr, auch prostituiert sie sich nicht mehr. Sie benutzt aber weiter Kokain und "Benzos" und raucht etwa 20 Zigaretten am Tag. Sie wird von einer Beratungsstelle psycho-sozial betreut. Carola hat die typische Anamnese von körperlicher, seelischer und sexueller Gewalt und Lieblosigkeit der Kindheit und frühen Jugend hinter sich, wie ich aus einem ausführlichen Arztbrief der psychiatrisch-suchtmedizinischen Abteilung des AK Ochsenzoll erfahre. Carola blickt auf mehrere Entzugsbehandlungen, Rückfälle und Therapieversuche zurück.

Sie hat einen Lebensgefährten, der auch mit "Pola" substituiert wird, und sie will das Kind bekommen. Nicht weil es schon zu spät für eine Abtreibung wäre. Sie hat sich mit ihrem Partner ein Kind gewünscht. Es soll jetzt alles anders werden. Und sie möchte von uns betreut und behandelt werden. Sie hat gehört, dass diese Medizin einer der Schwerpunkte unserer Praxis ist.

Carola ist eine schöne, untergewichtige, hoch gewachsene brünette Frau, der man ihre zehrende Vergangenheit chronischer Krankheiten ansieht.

Diagnosen (westlich)

Schwangerschaft (14. Woche), chronische, virämische Hepatitis C, Untergewichtigkeit, substituierte Opiatabhängigkeit, Kokainabusus, Benzodiazepinabusus, Zigarettenabhängigkeit, latente Depression.



Die Zunge ist schmal und auffällig rot, von der Spitze bis zum Grund kaum Belag. Der Puls ist drahtig und schnell. Die Gesichtshaut ist fahl, blass. Bei allem ist zu bedenken, dass die Medikation und die diversen Stoffe das Bild verschleiern.

Ich erhalte zunächst gar keinen Auftrag, keine Frage für eine Akupunkturbehandlung.

Diagnosen (chinesisch)

Yin-Leere, Leberblut-Leere, Leber-Qi-Stagnation, Milz-Leere

Therapie (westlich)

Wir führen die Polamidonmedikation weiter [6, 8], um an der Patientin dranzubleiben. Daher sehen wir sie wöchentlich und haben immer wieder die Möglichkeit eines kurzen Gesprächs und der Beobachtung. Carola möchte die Dosis reduzieren, damit das Kind später nicht leidet, und sie will den Kokainkonsum einstellen. Jetzt empfehlen wir ihr, regelmäßig in die tägliche Akupunkturgruppe zusammen mit anderen Schwangeren (auch Nicht-Suchtkranken) zu kommen, am besten, bevor sie die Dosis reduziert und noch bei laufendem Kokain- und Tablettenkonsum [1]. Sie sieht eine andere Patientin, die sie kennt und kommt auch.

Therapie (integrativ)

Das erste Mal sieht die Patientin nur zu.

Dann geben wir ihr 10 Nadeln (0,2 mm x 15 mm, Stahl unbeschichtet): fünf in jedes Ohr, gemäß dem bekannten NADA-Protokoll [11].

Nach etwa 30 Min. zieht sie sich vor einem Spiegel die Nadeln selbst, entsorgt sie in einen Nadelcontainer und geht.

Sie bekommt hin und wieder Ex-KH 1 (Si-shen-cong, 4-Götter) für besseren Schlaf. Natürlich könnte man hier ein ganzes Arsenal von guten Punkten (Le 3, Ma 36, Ni 3, He 7, MP 6), weiteren Meridianen und auch jeweils individual-spezifischen Kräutern verwenden. Wir nadeln bewusst keine weiteren Körperpunkte, um die Patientin - einfach ausgedrückt nicht zu verschrecken. Sie muss keine Kleidung ausziehen. Der Kontakt am Körper dauert nicht zu lang, sie kann alles leicht unter Kontrolle haben.

Alle Patienten sitzen während der Akupunkturgruppe. Je schwieriger die Person, desto weniger Nadeln! Grundsätzlich geben wir in der Schwangerschaft eher weniger Nadeln, akupunktieren immer tonisierend und setzen nie Nadeln am Bauch. Wie die meisten Kollegen. z. B. Becke [3] Ots und Schulte-Übbing [7] oder Römer [10], die viel mit Schwangeren zu tun haben, konnten wir keine "verbotenen Punkte" ausmachen, auch nicht im NADA-Protokoll.

Wir empfehlen Carola, so oft wie möglich zu kommen, am besten täglich, am besten vor der Medikation: "Kommen Sie so nüchtern wie möglich". Und wir geben ihr die sog. Detox-Tee-Mischung mit nach Hause: Kamille, Pfefferminze, Katzenminze, Schafgabe, Hopfen, Helmkraut, die sie täglich trinken soll (Erfahrung und Empfehlung der Detox-Ambulanz des Lincoln Hospitals/Bronx). Die ersten Ziele sind besserer Schlaf, mehr innere Stabilität, weniger Ängstlichkeit. Es geht nicht auf direktestem Wege um das schnelle Absetzen aller Substanzen und Gifte.

Verlauf während der Schwangerschaft

Carola kommt während der nächsten drei Monate - unregelmäßig - etwa zweimal pro Woche zur Behandlung. Sie bezahlt nichts. Akupunktur nach dem NADA-Protokoll wird bei uns kostenfrei angeboten; gelegentlich übernimmt einmal eine Kasse oder die Sozialbehörde die Kosten.

Sie fühlt sich wohl mit der Schwangerschaft, nimmt zu, die Tests sind immer gut. Sie hat nach etwa zwei Wochen (wöchentliche Urinanalyse) den Kokainkonsum aufgegeben: Wir reduzieren jetzt langsam über viele Wochen - die tägliche Polamidonmedikation. Die Benzodiazepine hat sie abgesetzt, obwohl wir sie davor gewarnt haben. Sie ist stolz. Sie geht an ihrem Dealer, wenn sie zu uns kommt, vorbei. Sie berichtet uns, dass sie weniger raucht: nur 10 Zigaretten am Tag.

Sie hat erstmals wieder Kontakt zur Mutter aufgenommen. Der Partner muss ins Gefängnis. Carola ist auch regelmäßig in der Schwangerschaftsvorsorge. Sie hat eine "Familien-Hebamme", die sie auch psycho-sozial berät.

Dann sehen wir sie 3 Wochen nicht und dann wieder in der 33. Woche. Der Partner ist aus dem Gefängnis gekommen. Carola ist rückfällig. Sie konsumiert Kokain und "Benzos". Wir empfehlen ihr dringend, stationär in die Klinik zu gehen - im Interesse des Kindes [2, 5]. Sie lehnt ab. Sie kommt wieder öfter zur Akupunktur: "Die hat mir sehr geholfen", "nach der ersten Sitzung konnte ich überhaupt wieder zuhören". Sie hat sich wieder ge-

Die Akupunktur folgt weiterhin einfach dem NADA-Protokoll. Nicht weil ich glaube, dass das die bestmögliche Punktekombination ist, sondern wegen ihrer therapeutischen "Leichtigkeit" und Akzeptanz. Die Polamidon-Dosis liegt schließlich in der 37. Woche bei 15 mg pro Tag, so dass man postpartal geringere Symptome einer

Entzugserkrankung beim Neugeborenen erwarten muss. Die Entbindungsklinik und die Kinderklinik sind informiert, weil sich Carola dort einmal vorgestellt hat. Das macht die Betreuung von Mutter und Kind für alle Beteiligten leichter.

Während der letzten vier Wochen dann einmal wöchentlich Körper-akupunktur als Geburtsvorbereitung: LG 20, Ma 36, MP 6, G 34, Le 3, alle tonisierend.

Ergebnisse

1. Carola bringt in der 40. Woche ein gesundes, 2940 g schweres Mädchen (Jessica) durch eine glatte, spontane Geburt zur Welt. Sie stillt ihre Tochter und wird darin von der perinatologischen Abteilung des AK Altona und der Kinderklinik unterstützt.

Das Kind wird zusammen mit der Mutter (rooming-in) in die Kinderklinik verlegt. Es zeigt vier Tage nach der Geburt Zeichen einer Neugeborenen-Entzugskrankheit (NAS) mit innerer Unruhe, Zittern, Durchfällen. Das Neugeborene erhält über eine Woche Opiumtinktur, außerdem beidseits Ohrsamen mit Pflaster (semen vaccariae) auf "Shenmen" und Laserpunktur (rot, 1 mW) auf LG 20. Die Mutter stimuliert das Samenkörnchen täglich und achtet auf Reizzustände am Ohr. Relativ schnell geht es dem Kind gut. Nach einer weiteren Woche Beobachtung wird das Kind entlassen.

2. Unter Medikation und Akupunktur guter, unkomplizierter Schwangerschafts- und Geburtsverlauf. Der Patientin geht es körperlich und seelisch erheblich besser als zu Beginn der Schwangerschaft. Akupunktur hatte keine unerwünschten Nebenwirkungen.

Die Polamidondosis kann unter Akupunktur ohne Entzugssymptome nach und nach reduziert werden. Die Patientin selbst meint, dass Akupunktur sie "stärker und klarer im Kopf" macht. Sie strebt Veränderungen in ihrem Leben an und setzt erste Schritte, macht Pläne, einen Beruf zu erlernen.

3. Auch das Neugeborene (Jessica) profitiert von Akupunktur. Wie bei hyperaktiven Kindern wirken die kleinen Pflaster auch bei Neugeborenen mit NAS recht schnell und beruhigen ein sehr unruhiges, nervöses, körperlich und seelisch gestresstes Kind.

Verlauf nach der Geburt

Carola ist zunächst – für etwa 7 Monate – eine glückliche Mutter. Sie sorgt sich um das Kind. Sie wird von verschiedenen psychosozialen Helfern unterstützt. Sie wird weiterhin mit 15 mg L-Polamidon pro Tag behandelt. Für Akupunktur hat sie keine Zeit. Wir und ihre Therapeutin empfehlen ihr, eine stationäre Entzugsbehandlung und anschließend mit ihrer Tochter eine mehrmonatige Therapie zu machen. Das will sie nicht. Vielleicht will es auch der Partner nicht, der mit Kokain dealt.

Als Jessica 8 Monate alt ist, gleitet ihre Mutter wieder ab. Sie ist rückfällig mit Heroin, Kokain, Benzodiazepinen. Sie vernachlässigt Wohnung und Kind. Die Familienfürsorge kommt und stellt sie vor die Alternative: mehrmonatige Therapie, oder das Kind muss in eine Pflegefamilie.

Carola geht zunächst in den qualifizierten Entzug in die Klinik "Agethorst" (inzwischen Bokholt, siehe Artikel von W. Weidig in dieser Ausgabe) in der Nähe von Hamburg. Sie entgiftet von allen Substanzen innerhalb von 10 Tagen. Sie wird anfangs 3-mal täglich (!) akupunktiert: NADA-Protokoll, dabei einmal täglich plus Körperakupunktur: Ma 36, Le 3, Ex-KH 1. Ab 6.

Tag 2-mal täglich Akupunktur. Nach der Entgiftung geht sie mit ihrer kleinen Tochter in eine 6-monatige Rehabilitationseinrichtung nach Süddeutschland, wo ebenfalls 2-mal pro Woche mit dem NADA-Protokoll gearbeitet wird.

Hier endet die Falldarstellung. Wir haben Carola insgesamt noch 8 Jahre bis 2002 betreut. Es gab auch nach der Therapie Höhen voller Hoffnung und Zuversicht und Tiefen von Rückfällen. Sie kam erneut phasenweise zur Akupunktur.

Carola lebt mit ihrer 7-jährigen Tochter zusammen. Jessica bekam für einige Monate wiederholt von uns Pflaster mit magnetischen Ohrkugeln, weil sie so wild war und sich im Kindergarten schlecht konzentrieren konnte. Die Mutter sagt, die "Perlen" helfen der Tochter. Sie will nicht, dass ihre Tochter Ritalin bekommt.

Carola hat einen Beruf als Friseurin erlernt. Ihr Partner ist 1998 unter "Crack" in einem Unfall gestorben.

Schlussfolgerung

Akupunktur kann eine hilfreiche Rolle in der Behandlung von Sucht-kranken spielen. Wir akupunktieren seit 1994 drogenabhängige Schwangere und sehen bei vielen eine erstaunliche Wirkung auf werdende Mütter und ihre neugeborenen Kinder (9). Akupunktur allein heilt nicht die Sucht. Oft aber ermöglicht die Akupunktur, diese manchmal sehr komplizierten Patienten überhaupt in ein Behandlungsprogramm zu führen, bevor sie eine Suchttherapie akzeptieren können.

Es ist von großer Wichtigkeit, mit anderen Einrichtungen, die Suchtkranke betreuen oder behandeln, zusammenzuarbeiten. Akupunktur hilft außerdem Symptome des Entzugs, das Suchtverlangen nach Kokain zu lindern und führt zu besserem Allgemeinbefinden und besserem Schlaf. Akupunktur kann von vielen ambivalenten Patienten gerade zu Beginn gut in einer offenen Gruppe akzeptiert werden. Wenn man ein derartiges Setting in der Praxis nicht herstellt, wird die Akzeptanz wiederholter Behandlung problematisch. NADA-Protokoll eignet sich auch für Schwangere gut. Es hat oft einen erstaunlich schnellen Effekt auf Ängstlichkeit und innere Unruhe. Akupunktur und Akupressur helfen auch Neugeborenen mit Entzugskrankheit [4].

- der Fachtagung des Wilhelm-Polligkeit-Instituts, Frankfurt, 23.–25. Oktober 1995
- 3. Becke H. Die gefährlichen Akupunktur-Punkte in der Schwangerschaft. Dt. Ztschr f. Akup. 1988; 31,5: 110
- Bruhn W. Akupunktur bei Neugeborenen mit Entzugskrankheit (NAS). Vortrag auf der Fachtagung Akupunkturgestützte Suchtbehandlung. Hamburg, 15.10.1999
- Chasnoff IJ et al. Temporal patterns of cocaine use in pregnancy. *JAMA* 1989; 261: 1741
- Finnegan L, Kendall S. Maternal and Neonatal Effects of Alcohol and Drugs; In: Lowinson J, ed. Substance Abuse, A Comprehensive Textbook. Williams and Wilkins; 1992: 628–656

- Ots Th, Schulte-Uebbing C. Gibt es verbotene Akupunkturpunkte in der Schwangerschaft? Dt. Ztschr. f Akup. 1999; 42,1: 18-24
- Raben R. Drogenabhängigkeit und Schwangerschaft. Informationen für Ärzte. Deutscher Caritasverband und Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren. 2. Auflage; 1996
- Raben R. Akupunktur in der Behandlung drogenabhängiger Schwangerer. Dt. Ztschr f. Akup. 1998; 41,2: 38-42
- Römer A, Weigel M, Zieger W, eds. Akupunkturtherapie in Geburtshilfe und Frauenheilkunde. Stuttgart, Hippokrates; 1998
- Smith MO, Khan I. Acupuncture Program for Treatment of Drug Addicted Persons.
 Bulletin of Narcotics. 1988; 40: 35

Literatur

- Ackerman RW. Auricular Acupuncture
 Treatment For Chemical Dependency
 During Pregnancy. A Review published
 by NADA Literature. Clearinghouse, 1993
- 2. Baar A von. Die Entwicklung von Kindern drogenabhängiger Mütter. Vortrag auf



Korrespondenzadresse
Dr. med. Ralph Raben
Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe
Vorsitzender NADA Deutschland
Ottenser Hauptstraße 33
D-22765 Hamburg
ralphraben@web.de

Ihr Partner rund um die Akupunktur

BLUM AKU SENSITIV

JETZT Bestechend perfekt - frappierend günstig

Sterile Einmal-Akupunkturnadel aus Stahl mit Kunststoffgriff.

- Silikonbeschichtet.
- Schmerzarm.
- Einzeln im Blister.
- Bestechend günstiger Preis.
- blau: 0,20 x 15 mm
- braun: 0,30 x 30 mm
- violett: 0,25 x 40 mm



BLUM

abzüglich Mengenrabatt zzgl. Mehrwertsteuer

Akupunkturbedarf Karl Blum

Telefon: 08142-44 84 80 Telefax: 08142-44 84 820

www.blum-akupunktur.de



R. Raben

Akupunktur nach dem NADA-Protokoll

- eine Übersicht zur Sucht-Therapie

Zusammenfassung

Die Behandlung nach dem NADA-Protokoll eignet sich als Basisbehandlung von Suchtkranken, psychiatrisch Kranken und Traumatisierten. Ohrakupunktur ist dabei ein wesentliches Behandlungselement. Der Effekt der Behandlung und die Compliance sind größer, wenn die Behandlung in einer möglichst großen, offenen Gruppe stattfindet. Das Ziel ist außer der Reduktion von Symptomen eine Stabilisierung und Stärkung geschwächter, gestresster, vegetativ gestörter Patienten. In der Folge können sie besser schlafen, sich besser konzentrieren und Stress, Konfrontationen und Herausforderungen besser aushalten: die Compliance erhöht sich. In der Suchtbehandlung erhöht dies den Erfolg im Entzug von Alkohol, Medikamenten oder Drogen.

Es gibt zahlreiche Studien zur Effektivität dieser Behandlung, die sich seit 25 Jahren in den USA und seit etwa 10 Jahren auch in europäischen Ländern durchsetzt. Etwa 230 psychiatrische und Suchthilfeeinrichtungen arbeiten in Deutschland mit dem NADA-Protokoll.

Schlüsselwörter

NADA-Protokoll, Akupunktur, Sucht, Entzug, Alkohol, Drogen, psychiatrische Behandlung, Trauma, Gruppenbehandlung"

Acupuncture according to the NADA Protocol - an outline of treating addiction patients

Abstract

The NADA Treatment (NADA Protocol) is a basic treatment of addiction, psychiatric diseases and posttraumatic patients. Ear acupuncture is an important part of the treatment process. Effects are better if acupuncture is performed in an open groupsetting. The treatment reduces symptoms, improves physiological sleep, improves relaxation

and concentration and awareness, helps patients in the detoxification process of substance abuse and makes them more open for therapy: compliance increases.

There are multiple scientific studies about the effects of ear acupuncture in addiction patients.

NADA Treatment is widely used for 25 years in the US and in the recent 10 years in Europe. In Germany 230 facilities use the NADA Protocol in the treatment of psychiatric patients and patients with addiction.

Keywords

NADA Protocol, acupuncture, addiction, detoxification, alcohol, drug treatment, psychiatric disorder, trauma, group treatment

Seit einigen Jahren wird Akupunktur in Deutschland zunehmend in Behandlung suchtkranker Patienten integriert. Derzeit wenden etwa 230 ambulante und stationäre Einrichtungen wie Tageskliniken, Drogen- oder Alkoholambulanzen, Krankenhäuser, auch allgemein-psychiatrische Abteilungen, Rehabilitationskliniken, Gefängnisse und Schwerpunktpraxen Akupunktur als ernsthaften Bestandteil in der Behandlung von Alkoholkranken, psychiatrisch Kranken sowie drogen- und medikamentenabhängigen Patienten an.

1. Geschichtliches

H.G. Marx (9) – ein Schüler von Bischko (Wien) – beschrieb als erster für den deutschsprachigen Raum, dass Akupunktur ein wirksames Element in der Entzugsbehandlung von chronisch Alkoholund Drogenkranken ist. Als erfahrener Suchtmediziner beobachtete und beschrieb er die Effekte von Akupunktur: Minderung von vegetativen Störungen, Minderung des Suchtverlangens (craving), Verbesserung des physiologischen Schlafs, Reduzierung von Krampfanfällen,

Verbesserung der Compliance für die gesamte Behandlung, gestärkte Motivation für die Phase von Therapie und Rehabilitation, günstige Effekte auf die Zusammenarbeit im Behandlungsteam. 1979 fanden seine Erfahrungen noch wenig Resonanz in der Fachwelt.

Der Hongkonger Neurochirurg Wen (15) hatte bereits 1973 beschrieben, dass die tägliche Elektrostimulation des Lungenpunktes am Ohr die Entzugssymptomatik Opiumabhängiger und die Phase der Detoxifikation erheblich erleichtern. Mitarbeiter der Drogenambulanz des

staatlichen Lincoln Hospitals in Bronx/New York behandelten daraufhin eine große Zahl von drogenabhängigen psychiatrisch auffälligen Patienten mit dieser Methode und probierten weitere Ohrpunkte aus. Sie fanden eine einfache und effektive Kombination von fünf Akupunkturpunkten im Ohr und entwickelten schließlich ein besonders geeignetes "Behandlungssetting" für die qualifizierte ambulante und stationäre Entzugsbehandlung Alkoholkranker, crack-, heroin-, methadon- und amphetaminabhängiger Patienten (14). Es zeigte sich, dass diese Art von

Ohrakupunktur unabhängig von der Art des Suchtmittels wirksam war und auch bei psychiatrisch schwer gestörten und verwirrten Patienten (bipolare Störungen, Doppeldiagnose-Patienten) Wirkung zeigte. Diese Behandlung der Lincoln Clinic in Bronx wurde in den 1980er Jahren zu einem Modell, das sich in den USA als "Behandlung nach dem NADA-Protokoll" etablierte. NADA wurde 1985 in New York gegründet mit dem Ziel, diese Behandlung zu etablieren, sie wissenschaftlich zu evaluieren und für eine gute Aus- und Weiterbildung auf diesem Gebiet zu sorgen. NADA ist die Abkürzung für National Acupuncture Detoxification Association. NADA ist auch ein spanisches Wort und heißt NICHTS: Es wird ohne Stoff behandelt, aus der Sicht eines Stoffabhängigen mit Nichts.

2. NADA weltweit

Später verbreitete sich diese Methode auch in europäischen Ländern in jeweils abgewandelten Formen. In Großbritannien wurden mehrere tausend professionelle Suchttherapeuten in der Praxis des NADA-Protokolls ausgebildet. Außer in der ambulanten und stationären Suchtbehandlung wird dort die

Methode z. B. in 60 Gefängnissen angewendet. Weltweit gibt es eine enorme Suchtproblematik im Strafvollzug, die Resozialisierung nahezu unmöglich macht und zu Gewalt in Gefängnissen führt. Ebenso ist das NADA-Protokoll in Schweden verbreitet, in Italien, in Ungarn, seit 5 Jahren in Dänemark, in Finnland und neuerdings in der Schweiz. Nachdem 1992 die Fachklinik für Drogenentzug "Agethorst" (jetzt "Bokholt", in der Nähe von Hamburg) begann, Drogenentzug ohne Methadon und ohne Benzodiazepine – ausschließlich unter Akupunkturbehandlung – durchzuführen und damit bis heute sehr erfolgreich arbeitet, verbreitete sich die Methode während der letzten 10 Jahre auch in Deutschland. 1993 wurde die NADA Deutschland gegründet. Außer erfahrenen Suchtmedizinern (z. B. Michael Smith, NYC, H.G. Marx, Gütersloh, Carsten Strauß, Eckernförde) und Suchttherapeuten (z. B. Wolfgang Weidig, Hamburg) waren daran erfahrene Akupunkteure beteiligt wie John Tindall, London, ein Schüler von Maciocia, Walter Geiger, Hamburg und Jochen Gleditsch, München. Derzeit ist NADA im Bereich der ambulanten und stationären Suchtbehandlung aktiv und erfolgreich und bildet auch Teams von allgemein-psychiatrischen Abteilungen aus (2, 11).

3. Das NADA-Protokoll

Das Behandlungsverfahren der NADA – das NADA–Protokoll – kombiniert Ohrakupunktur mit einer strukturierten, nicht-ängstigenden Art des Behandlungsstils. Es geht damit vor allem auf die besondere Problematik Suchtkranker oder psychiatrisch Kranker, oft äußerst ambivalenter Patienten mit wechselnder Compliance ein.

Dieses Behandlungs-Protokoll eignet sich unter anderem:

- > schon während des Gebrauchs von Alkohol und Drogen zur Stabilisierung des Patienten
- um überhaupt einen therapeutischen Zugang zu schwierigen Patienten zu bekommen
- als unterstützende Behandlung während der Entgiftung (Alkoholund Drogenentzug)
- zur Symptomlinderung medikamentöser Nebenwirkungen
- zur Unterstützung während psychotherapeutischer Behandlung und Rehabilitation
- als Basisbehandlung psychiatrisch Kranker
- > für alkohol- und drogenabhängige Schwangere
- > zur Behandlung drogenabhängiger Kinder und Jugendlicher
- > zur Unterstützung beim Zigarettenentzug
- zur Rückfallprophylaxe nach einer Entzugsbehandlung
- zur sofortigen erneuten Behandlung beim Rückfall – ambulant oder stationär.

Zusammenfassend: Das NADA-Protokoll eignet sich für Ambulanzen, Kliniken, Drogen- und Alkoholberatungsstellen, Gefängnisse, Tageskliniken, gar Obdachlosenasylen und auch für Arztpraxen, sofern diese die besondere Art des Behandlungsstils herstellen können.

3.1 Wirkungen

Die typischen Wirkungen dieser Akupunkturbehandlung sind:

- Linderung von vegetativen Beschwerden im Entzug: z. B.
 Schmerzen, Übelkeit, Tränenfluss, innere Unruhe, Herzrasen, exzessives Schwitzen
- körperliche und seelische Stabilisierung
- > verbesserte Konzentration bei gleichzeitiger Entspannung
- > Reduktion von Ängstlichkeit
- > Schlafregulation



vermindertes Suchtverlangen (craving) bei sämtlichen Suchtstoffen

Insgesamt sind die Patienten nach Akupunktur weniger ängstlich, stabiler, stärker, wacher und aufmerksamer; sie halten mehr aus. Das wirkt sich positiv auf eines der Hauptprobleme der psychiatrischen und der Suchtbehandlung aus: auf die Konsistenz ihrer Motivation zur Behandlung. Schon die therapeutische Absicht, ein Suchtmittel zu entziehen, ängstigt suchtgestörte Patienten in einer Weise, die der Gesunde (Arzt oder Therapeut) kaum verstehen kann. Die Angst und das geringe Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten führen daher in konventionellen Suchtbehandlungen oft schon nach kurzer Zeit zum Therapieabbruch. Das ist teuer und für alle frustrierend.

Im NADA-Protokoll wird daher Akpunktur geschickt mit weiteren konventionellen suchtmedizinischen und psycho-sozio-therapeutischen Elementen verknüpft. Erst dann erlangt Akupunktur auf diesem schwierigen Gebiet ihre volle Akzeptanz und Effektivität. Die Erfahrungen akupunktierender Suchthilfeeinrichtungen gehen regelmäßig dahin, dass erst die Kombination mit Therapie zu einer dauerhaften Stabilisierung der Patienten führt.

Es muss betont werden, dass es bei "Akupunktur in der Suchtmedizin" nicht darum geht, in der Praxis einige Nadeln geschickt an die richtigen Stellen im Ohr zu bringen und zu hoffen, dass die Nadeln Wunder wirken. Gleichwohl haben die meisten erfahrenen "Suchtakupunkteure" auch solche Patienten als wunderbare "Fälle" in ihrer Erinnerung.

3.2 Das Behandlungssetting

Es hat sich gezeigt, dass im Umgang mit schwierigen, ängstlichen und ambivalenten Menschen einige Modalitäten im Behandlungsablauf von besonderer Bedeutung sind, damit diese Therapie angenommen wird und diese Patienten Vertrauen in die Behandlung entwickeln können. Ein klar definierter Rahmen, in dem die Akupunktur stattfindet, ist wichtig.

Folgende Elemente des NADA-Protokolls haben sich als günstig für den Behandlungserfolg erwiesen:

- Die Behandlung findet in der Gruppe statt
- > Die Patienten sitzen
- Die Behandlungszeiten liegen fest (z. B. täglich zwischen 11 und 13 Uhr)
- Die Atmosphäre im Behandlungsraum soll non-konfrontativ sein
- > Jeder Patient wird akzeptiert
- Patienten dürfen auch ohne Nadeln im Raum sitzen (um mal zu sehen, was passiert)
- Die Behandlung sollte w\u00e4hrend der ersten beiden Wochen nahezu t\u00e4glich stattfinden
- Die Patienten trinken täglich mehrfach einen Tee aus 6 Kräutern
- > Patienten haben die Möglichkeit zu Therapie und Beratung

Schwierige Patienten gewinnen Vertrauen, wenn sie merken, dass der Akupunkteur sie respektiert und handwerklich geschickt ist.

3.3. Die Akupunkturpunkte

Das Behandlungssetting nach dem NADA-Protokoll benutzt ausschließ-lich Ohrakupunktur.

Im Lincoln Hospital in New York wurde in den 70er Jahren eine einfache, aber effektive Punktkombination entwickelt. Es zeigte sich, dass sie den Patienten bei der Entgiftung von Alkohol, Heroin, Methadon, Crack, Kokain, Benzodiazepinen, Amphetaminen und auch Cannabis half und dass viel mehr Patienten im konventionellen Behandlungsprogramm (Entgiftung/

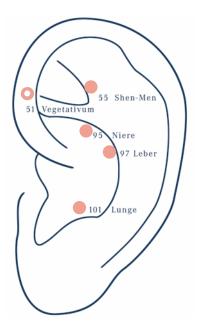


Abb. 1: Die Behandlungspunkte nach Smith und Mitarbeiter

Therapie/Rehabilitation/Selbsthilfegruppe) blieben, die wiederholt an Ohrakupunktur teilgenommen hatten.

Smith und Mitarbeiter (14) verwendeten folgende Punkte bzw. Areale (siehe Abb. 1):

- 1. Vegetativum (sympathetic point)= Punkt 51
- Shen Men (übersetzt: Tor zur Seele oder Tor des Geistes) = Punkt 55
- 3. Niere = Punkt 95
- 4. Leber = Punkt 97
- 5. Lunge = Punkt 101

Die Verwendung dieser Punkte hat sich in vielen hunderttausend Behandlungen bis heute bewährt. Es werden 3–5 Punkte an beiden Ohren akupunktiert. Dabei werden die Punkte nicht "detektiert" (z. B. mit der very-point-Technik oder dem RAC). Wir verwenden auch keine Punktsuchgeräte. Die Areale werden mit feinen Stahl-Einweg-Nadeln (z.B. 0,2 x 13 mm) akupunktiert, etwa 2–3 mm tief gestochen, sodass die Ohrhaut durchstochen wird und die Nadel im Knorpel haftet. Man hilft dem Patienten über

den Einstichschmerz hinweg, indem man ihn bittet, kurz und schnell ein- oder auszuatmen (Technik des Gegenatmens).

Die Punktkombination hat sich in sehr vielen psychiatrischen und suchtmedizinischen Behandlungsprogrammen auf der Welt bewährt. Sie ist für den Patienten leicht zu tolerieren, sie ist für Ärzte, Krankenschwestern oder Therapeuten leicht zu erlernen und einfach anzuwenden. Ohrakupunktur ist risikoarm und zeigt oft eine unmittelbare Wirkung beim Patienten schon während der Behandlungssitzung. Besonders erschöpfte Patienten schlafen oft nach wenigen Minuten ein, um nach etwa einer halben Stunde wieder aufzuwachen.

Ein Vorteil: Anders als die Körperakupunktur hat diese Ohrakupunktur hat diese Ohrakupunktur keine Kontraindikationen, da die Nadel nicht in die Muskulatur gestochen wird. Das ist ein großer Vorteil, weil so auch Patienten behandelt werden, die noch gar nicht wirklich "anamnesefähig" sind oder mit Gerinnungshemmern behandelt werden. Schwierige Patienten werden nicht durch zu viele Fragen abgeschreckt und so eventuell von der Behandlung abgehalten.

Die Erfahrung lehrt, dass nach der ersten oder vor der zweiten oder dritten Behandlung ein Patientengespräch wesentlich sinnvoller wird, weil der Patient dann "klarer" und aufnahmefähiger ist. Akupunktur führt damit zur besseren Diagnostik durch den Arzt.

3.4 Chinesische Medizin: Behandlung von "Leere Feuer"

Die meisten chronischen Alkoholoder Drogenkranken zeigen Symptome von überschießendem Yang, sowohl im täglichen Leben wie in der Entzugsbehandlung: Schlafstörungen, Schwitzen, Übelkeit, Erbrechen, diffuse Schmerzen, Muskelzittern, extreme innere Unruhe, zeitweilig übermäßige Aggressivität, Ängstlichkeit, nicht selten sehr viele Worte (manchmal wirre Sprache). Diese Symptomatik wird in der Chinesischen Medizin mit der treffenden Metapher "Leere Feuer" oder "kaltes Feuer" bezeichnet: ein Feuer, das nicht wärmt.

Der Grund für die überschießende, oft exzessive Symptomatik liegt regelmäßig in einer Schwäche des Patienten, in einer Leere und nicht in einer Fülle. Die Yin-Struktur und die Yin-Funktionen verschiedener Organe/Funktionskreise werden – je nach individuellem Fall – durch den chronisch chaotischen Lebensstil, den chronischen Konsum der Stoffe, den Verlust von Strukturen (Familie, Arbeit, soziale Bezüge, Wohnung), den Ernährungsmangel ("Milz") nach und nach geschwächt. So finden wir insgesamt eine Schwäche von Yin-Funktionen: vor allem der ruhige, innere Tonus geht den Menschen verloren. Oft beginnt der Prozess schon in Kindheit und Jugend, oder es wird schon früh die Disposition dafür erworben. Fast alle Alkohol- und Drogenpatienten haben Erfahrungen massiver seelischer oder körperlicher - oft sexueller - Gewalt in ihrer Anamnese. Die traumatische Erfahrung von Gewalt löst Angst und Schrecken aus und greift massiv das "Herz" an (schwächt den "Shen", den Geist, die Seele) und die "Niere". Angst, Bedrohung und Hilflosigkeit rufen natürlicherweise Aggressionen hervor und erzeugen Wut und Zorn, wenn sich der junge Mensch nicht wehren kann oder darf (z. B. weil das ganze innerhalb der Familie stattfindet). Diese Situation führt auf Dauer zu Selbstverachtung und Selbstentwertung und - gemäß der Chinesischen Medizin - zu einer Schwächung der "Leber". Trauer über diese Erlebnisse wird in Gewaltfamilien, aber auch bei posttraumatischer Belastungsstörung regelmäßig verdrängt und unterdrückt. Damit bleibt das vergangene Trauma nicht hinter einem und wird nicht abgeschlossen (die "Lungenfunktion" des Ausatmens und Entgiftens). Daher kann Neues nicht entstehen, die Entwicklung der Person stagniert (chinesisch "Lungenschaden"). Viele dieser Patienten verharren im seelischen Entwicklungszustand eines Kindes oder in der Pubertät.

Akupunktur hat hier die Funktion, die Person zu stärken und nach und nach Stagnierendes wieder in Bewegung zu bringen, um Veränderung und Entwicklung zu ermöglichen. Das ist regelmäßig das, was geduldige Akupunkteure und Therapeuten bei ihren Patienten sehen: Akupunkturkunst als "Hebamme der Seele", wie Michael Smith das in seinem Vortrag während der NADA-Konferenz im September 2003 in Hamburg ausdrückte.

Die NADA-Behandlung ist von ihrem Ansatz her eine **Yin-Behandlung.** Was heißt das?

Die Behandlung zielt auf die Schaffung von Strukturen. Das Setting hat einfache Regeln, die der Patient einhalten kann. Das stärkt ihn. Er sitzt, er darf Kontrolle behalten anstatt zu liegen und sich hingeben zu müssen, er kommt zu festen Zeiten. Ruhe, Struktur und Ausgeglichenheit während der Akupunktur. Der Patient fühlt, dass es ihm schon während der Akupunktur besser geht, ohne dass ein "Stoff" in ihn hineingekommen ist. Typische Frage: "Was war dran an der Nadel?"

Die Gruppe ist eine starke, natürliche Struktur, in die sich der Patient leicht integrieren kann, wenn er nicht zu früh mit Worten und Fragen konfrontiert und abgeschreckt wird, bevor die wiederholte Aku-



punktur überhaupt eine ausgleichende Wirkung zeigen kann. Das Ziel ist nicht Beruhigung, nicht Sedierung oder nur die Reduktion von Symptomen, sondern das Ziel ist die bessere Stabilität und Stärkung der Person, den eigenen ruhigen inneren Tonus wieder zu finden. Der Patient soll wacher und aufmerksamer sein. Das Ziel ist z. B. Aushaltenkönnen von Blicken, von Worten, von Therapie, einer anderen Person, von Konfrontationen, oder es mit sich selbst aushalten können. Das Ziel ist, zunächst am Dealer, an der Kneipe vorbei gehen zu können und danach sogar Therapie aushalten zu können. Das heißt, Vergangenheit bewältigen zu können und sich auf die Zukunft vorzubereiten.

Wenn das Yin gestärkt wird, werden überschießende Yang Symptome schwächer.

4. Wissenschaftliche Untersuchungen -RCT als Problem bei Sucht- und psychiatrischen Patienten

Die Ergebnisse zahlreicher wissenschaftlicher Studien, z.T. randomisiert, single-blinded, z.T mit großen Patientenzahlen zur Effektivität von Akupunktur in der Suchtbehandlung, sind bis heute inkonsistent.

Es gibt viele Studien und Analysen, die einen deutlichen Effekt des NADA-Protokolls in Bezug auf die klinische Gesundung von Suchtpatienten zeigen (z. B.: 1, 3, 5, 6, 7, 12, 14, 15). Und es gibt Vergleichsstudien zwischen "Verum-Akupunktur" und "Sham-Akupunktur" ("Placebo") in der Suchtbehandlung, die keinen signifikanten Unterschied in der Wirksamkeit beider Protokolle (8) zeigen.

Neuerdings beschäftigen sich Studien mit der Wirksamkeit des NADA-Protokolls bei allgemein psychiatrischen Erkrankungen (4).

Das Hauptproblem besteht im Studiendesign.

Akupunkturtherapie – zumal bei Sucht- und psychiatrischen Patienten - verläuft immer anders als etwa eine Medikamentenbehandlung:

- 1. Der Beziehungsaspekt spielt eine große Rolle und ist daher kaum doppelt zu verblinden.
- 2. Die Einstellung des Behandlers zum Patienten, seine gegenwärtige innere Haltung, seine eigene Verfassung, was im Augenblick der Behandlung in ihm vorgeht, all das spielt eine Rolle, ähnlich wie in der Psychotherapie.

Bei der Akupunktur regt nicht nur die Nadel, sondern auch die Beziehung von einem Menschen zum anderen den Heilungsprozess an. Ob ein schwieriger, ambivalenter Patient morgen wiederkommt oder "aussteigt" ("Akupunktur hilft mir nicht", "Akupunktur hat mir wehgetan"), hängt sehr stark von Faktoren der verbalen und non-verbalen Interaktion zwischen beiden ab. Respekt, Freundlichkeit, Ernsthaftigkeit, Geschick, gewissermaßen das "gute Benehmen" des Akupunkteurs spielen eine überragende Rolle bei psychiatrischen Patienten, bei schwierigen, ambivalenten Patienten, bei Suchtpatienten, die oft viele Behandlungsversuche hinter sich haben, immer wieder gescheitert sind, bei fast allen Therapien eine niedrige Compliance zeigen, es sei denn, sie erhalten ihren Suchtstoff (z. B. Heroin- oder Methadonbehandlung).

In einer Studie, in der der Akupunkteur bewusst "Sham-Akupunktur" durchführen muss, wird mehr am Behandlungssetting geändert als nur die Punktlokalisation. Es ändert sich z. B. die "innere Einstellung" des "Therapeuten" zu seiner Therapie und zu seinem "Forschungsobjekt". Man könnte sagen, dass die Behandlungsmoral in einer ernstgemeinten Behandlung anders ist als bei einem Forschungsvorhaben mit vielen Vorgaben und Standardisierungen.

Eine sinnvolle Studie könnte meines Erachtens darin bestehen. eine Suchthilfeeinrichtung (z. B. im Alkoholentzug) oder eine psychiatrische Klinik, die z.B. das NADA-Protokoll in ihre Entzugs- und Reha-Behandlung neben anderen Therapieelementen integriert haben, über einen längeren Zeitraum zu vergleichen mit vergleichbaren Einrichtungen, die ohne das NADA-Protokoll arbeiten. Interessant wäre dann, wie gut der "clinical outcome" ist, wie lange das rezidivfreie Intervall ist, die Haltequote im Programm. Bisher allerdings überwiegen Studien, die wissen wollen, ob der Nadelstich an sich überhaupt eine Wirkung hat.

5. Die Ausbildung zum "NADA-Therapeuten"

Die Ausbildung zum Akupunkteur in der Suchtbehandlung muss mehr leisten als den Auszubildenden das richtige und sichere Stechen der richtigen Punkte beizubringen. Wer im NADA-Protokoll arbeitet, muss lernen, seinen Patienten in jeder heiklen Situation ("Lass mich in Ruhe, Alter!") respektvoll zu behandeln und auch non-verbal zu vermitteln, dass er, so ängstlich, so ambivalent, so "unmöglich und chaotisch" und so gestresst sein Patient auch ist, angenommen und respektiert wird - und trotzdem Grenzen erfährt. Sonst werden der Akupunkteur und die Behandlungseinrichtung viele Patienten nicht wieder sehen. Dieser Aspekt kommt in vielen, sehr langen und

Fazit

Das NADA-Protokoll ist ein Behandlungskonzept, das Akupunktur und konventionelle therapeutische Elemente verbindet. Es ist einfach und effektiv und kann leicht in alle konventionellen psychiatrischen, psychotherapeutischen und suchtmedizinischen Behandlungskonzepte integriert werden.

Der besondere non-konfrontative Behandlungsstil und die Einfachheit der Ohrakupunktur sollen es auch schwierigen, ambivalenten Patienten ermöglichen, regelmäßig und wiederholt an Akupunkturbehandlungen teilzunehmen.

Das NADA-Protokoll wird immer häufiger als ernsthaftes Element täglicher Behandlung in ambulanten und stationären Einrichtungen, die psychisch Kranke und Suchtkranke zu versorgen haben, eingesetzt – längst nicht nur mehr zur therapeutischen Detoxifikation bei Suchtkranken.

ausführlichen Akupunkturausbildungen möglicherweise zu kurz. NADA bildet alle aus, die professionell mit psychiatrischen Patienten oder Suchtpatienten zu tun haben. Vor allem sind es ganze Teams aus Ärzten, Schwestern, Pflegern und Therapeuten, die oft vor Ort ausgebildet werden (siehe den Bericht von Kollegen Niederecker über das BKH Taufkirchen in dieser Ausgabe). Oft sind bereits im zweiten Kurs Patienten dabei. Dadurch bekommt die gegenseitige Akupunktur einen erheblich ernsthafteren Charakter. Die Ausbildung besteht aus zwei vollständigen Wochenenden, Basic I und II mit theoretischer und praktischer Prüfung und einem 20 stündigen Praktikum in einer Einrichtung, die bereits nach dem NADA-Protokoll arbeitet. Für gewöhnlich trainieren zwei erfahrene Trainer und Akupunkteure 20 Auszubildende

Literatur

- Avants SK, Margolin A, Holford Th, Kosten ThR. A randomized controlled trial of auricular acupuncture for cocaine dependence. Arch. Intern. Med. 2000; 160: 2305-2312
- Baudis R, ed. Punkte der Wandlung Suchtakupunktur nach dem NADA Protokoll. Rudersberg: Verlag für Psychologie, Sozialarbeit und Sucht; 1999
- 3. Berman AH. Ear acupuncture as a complementary treatment for drug abuse; a controlled study of the NADA Acudetox method in prison.
 Stockholm: Swedish Prison and Probation Administration; 1999
- Berman AH, Lundberg U. Auricular acupuncture in prison psychiatric units: a pilot study. Acta Psychiatr Scand. 2002; 106: 152–157
- 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
- Buhk H, Busch W, Feldkamp J, Koch U.
 Ergebnisse einer Studie zur ambulanten
 Akupunkturbehandlung von alkohol und medikamentenabhängigen Klienten

- in einer Beratungsstelle. *Suchttherapie* 2001; 2: 35– 44
- Bullock M, Culliton P, Olander R. Controlled trial of acupuncture for severe recidivist alcoholism. *Lancet* 1989; 1: 1435–1439
- 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
- Marx HG. Medikamentenfreie Entgiftung von Suchtkranken. Bericht über den Einsatz von Akupunktur. Suchtgefahren 1984; 30-34
- Raben R.: Akupunktur in der Behandlung drogenabhängiger Schwangerer.
 Dt. Ztschr. f. Akup. 1998; 41, 2: 38-42
- Raben R.: Einführung in die Ohrakupunktur nach dem NADA Protokoll. In: Baudis R, ed. Punkte der Wandlung – Suchtakupunktur nach dem NADA Protokoll. Rudersberg: Verlag für Psychologie, Sozialarbeit und Sucht; 1999: 16–37
- 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
- Smith MO. Acupuncture treatment for crack: clinical survey of 1.500 patients treated. Am. J. Acup. 1988; 16: 241–247
- Smith MO, Khan I. An Acupuncture Programme for the Treatment of Drugaddicted Persons. *Bulletin on Narcotics* 1988; 40,1: 35-41
- Wen H, Cheung S. Treatment of drug addiction by acupuncture and electrical stimulation. Asian Journal of Medicine 1973; 9: 138-141



Korrespondenzadresse
Dr. med. Ralph Raben
Vorsitzender NADA Deutschland
Ottenser Hauptstraße 33
D-22765 Hamburg
ralphraben@web.de

NADA kontakt@nada-akupunktur.de www.nada-akupunktur.de

Akupressurperlen bei der Behandlung von ADHS

Dr. med. Michael O. Smith, Lincoln-Hospital (Bronx, N.Y.)

Übersetzung eines Vortrags aus dem Amerikanischen

Ich beschreibe das derzeitige Behandlungsprotokoll des Lincoln-Hospitals zur Behandlung des ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom) in der ersten Ausgabe von "Clinical Acupuncture and Oriental Medicine" (1999, Vol 1, No. 1).

Wir benutzen eine Art **Akupressurperle** (im Chinesischen "Ohr-Magnet-Korn") genannt, die man leicht mit Heftpflaster auf der Hautoberfläche der Ohren anbringen kann. Die Perle ist ein rundes metallisches und magnetisches Teilchen, das mit Gold überzogen ist. Sie ist etwa so groß wie ein Sesamkorn und damit größer als die meisten bekannten Akupressurhilfen. Wenn die Perle angewandt wird, entsteht oft ein deutliches Empfinden von CHI (QI). Wir benutzen einen Punkt auf der hinteren Oberfläche der Ohrmuschel, genau gegenüber dem Punkt "Shen men" auf der Ohrvorderseite. Der Punkt liegt über dem oberen Ende der "Depressionsfurche".

An dieser Stelle kann man häufig erweiterte Venen, Rötungen der Haut und schlaffe Haut beobachten, Anzeichen für einen Tonus-Mangel. Die Perlen bleiben einfach unter dem Pflaster auf der Haut, sie brauchen nicht gedrückt oder bewegt zu werden. Sie sollen ausgewechselt werden, wenn die Klebekraft des Pflasters nachlässt. Die Behandlung dauert so lange, wie das Problem des Patienten anhält.

Wir haben Kollegen in mehreren Kliniken ausgebildet, damit sie diese Technik als Pilotversuch anwenden. Die meisten AHDS Patienten kommen zu uns, wenn sie Medikamente einnehmen, aber weiterhin sehr heftige Symptome haben. Wir schlagen grundsätzlich <u>nie</u> vor, die Medikation zu ändern, wenn die Perlen benutzt werden. Die medikamentöse Behandlung sollte nur durch den verantwortlichen Arzt geändert werden, immer auf der Basis deutlicher Änderungen im klinischen Bild.

Pilotstudie: Die Kliniken für Kinderpsychiatrie im Lincoln-Hospital und im benachbarten Morrisania NFCC führten im Jahr 2000 eine sechswöchige Studie über diese Methode durch. Verantwortliche Mitarbeiter waren: Sandra Runes, PhD als Direktor; Cecily Dell, PhD; Renè Valentin, MSW; Michael Smith, MD und Lauren Kittel, MS als angehende Psychologin, die die Ergebnisse analysierte.

60 Versuchspersonen im Alter von sechs bis zwölf Jahren (aus beiden kinderpsychiatrischen Ambulanzen in Süd-Bronx) wurden ausgewählt für zwei aufeinander folgende Behandlungseinheiten von Ohrakupressur, die jeweils drei Wochen dauerten. Diese Patienten waren ausgewählt, weil die Heftigkeit ihrer Symptome von ADHS über dem Durchschnitt lag. Einige erhielten Medikamente, doch keiner hatte bisher einen Behandlungserfolg erzielt. Sie waren alle mit ADHS diagnostiziert und von ihrem behandelnden Facharzt überwiesen worden. Die Versuchspersonen wurden nach Alter, Geschlecht und Medikament geordnet und dann auf zwei Gruppen verteilt, die sich nur darin unterschieden, in welcher Reihenfolge das Experiment erfolgte (Cross-over-Design).

Gruppe 1 erhielt zunächst die Akupressurbehandlung und danach eine Placebo-Behandlung, bei Gruppe 2 war es umgekehrt. Beide Behandlungen bestanden aus einem

Zurück zum Inhaltsverzeichnis

kleinen Heftpflaster, das auf die Rückseite des Punktes Shen-men an beiden Ohren aufgeklebt wurde. Das Akupressurpflaster enthielt die magnetische Perle, das Placebopflaster bestand aus gewöhnlichem Pflaster ohne Perle. Die Eltern wurden von einem Akupressurexperten angeleitet, die jeweilige Behandlung vorzunehmen und erhielten Ersatzpflaster, falls diese benötigt wurden. Nach einer Woche wurden die Pflaster überprüft, ob sie am richtigen Ort angebracht waren.

Die Eltern füllten vor der Behandlung und nach der Behandlung 1 und 2 jeweils einen Testfragebogen aus, den Conners' Parent Rating Scale (CPRS) und die Lehrer der Patienten ebenso (CTRS). Alle Versuchspersonen füllten einen Symptomfragebogen nach Ende der jeweiligen Behandlung aus. Die Eltern füllten auch einen kurzen Fragebogen über die Akzeptanz der Therapien und das Verhalten nach dem Ende der jeweiligen Behandlung aus.

Das Problem der Eltern-Conners'-Evaluation ist allerdings, dass die Eltern ja nicht richtig "verblindet" werden konnten, weil sie die Pflaster (Perle oder Placebo) unterscheiden konnten. Die Lehrer-Conners'-Evaluation hingegen kann für die Ergebnisanalyse verwendet werden, da die Lehrer nicht erkennen konnten, ob unter den Ohrpflastern ein Kügelchen verborgen ist oder nicht. 32 von 48 Lehrern füllten den ersten (vor der Behandlung) und zweiten Fragebogen (nach der ersten Behandlung) aus, aber nur wenige den dritten nach der letzten Phase des Cross-over-Designs.

Aus diesem Grunde können wir nur 17 Patienten von Gruppe 1 (zuerst echte Behandlung) und 15 Patienten aus Gruppe 2 (zuerst Placebo-Behandlung) auswerten. Nur wenn bei beiden, bei Lehrer- und Eltern-Conners'-Skala ein Abfall um 7 Punkte (10%) oder mehr verzeichnet wurde, wurde ein positiver Behandlungseffekt angenommen. So ergab sich folgendes Ergebnis:

6 von 17 Patienten hatten einen positiven Behandlungseffekt mit den Perlen. 1 von 15 Patienten hatte einen positiven Behandlungseffekt mit dem leeren Pflaster.

Die mittlere Differenz zwischen Perlenbehandlung und Placebo lag bei der Lehrer-Conners'-Skala bei 12 Punkten und bei der Eltern-Conners'-Skala bei 16 Punkten. Der einzige Patient, der positiv auf die Placebo-Behandlung ansprach, hatte 17 Punkte Differenz bei der Lehrer-Skala und 20 Punkte bei der Eltern-Skala.

Diese Ergebnisse zeigen einen signifikanten Behandlungseffekt. Die Evaluation und folgende Studien gehen weiter.

Zum Abschluss möchte ich einige Fallberichte darstellen, die auf die künftigen Möglichkeiten für dieses Arbeitsfeld hinweisen.

Jim Dolan, ein Beschäftigungstherapeut an einer Sonderschule in Manhattan, berichtet, dass er das Lincoln-Protokoll an einem mongoloiden Mädchen mit Nystagmus (unwillkürliches Hin- und Herrollen der Augäpfel) anwandte. Der Patientin fiel es wegen ihrer schnellen Augenbewegungen sehr schwer stillzusitzen und sich zu konzentrieren. Einige Monate bevor sie mit der Perlenbehandlung begann, wurde die Patientin aufgefordert ein Selbstportrait zu zeichnen (Fig. 1). Zu der Zeit war sie "launisch, unkonzentriert und legte ihren Kopf auf den Schreibtisch". Fünf Tage nach dem Beginn der Perlenbehandlung schien die Patientin sich besser zu konzentrieren. Sie wurde gebeten ein neues Selbstportrait zu zeichnen (Fig. 2). Der Kontrast zwischen beiden Bildern ist bemerkenswert, ein deutlicher Hinweis auf den Behandlungserfolg bei Nystagmus.

Zurück zum Inhaltsverzeichnis

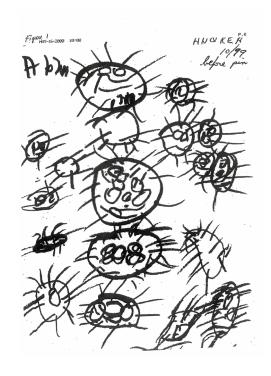
Weitere Studien sind nötig, um den Nutzen von Selbstportraits als diagnostische Werkzeuge zu erforschen, ebenso wie die Wirksamkeit von Akupressurperlen für neurologische Störungen bei Kindern.

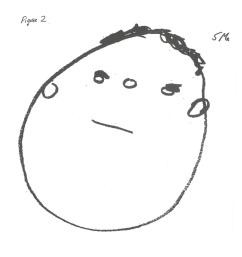
Und schließlich haben wir auch die möglichen Unterschiede zwischen goldenen Akupressurperlen und den kleineren silbernen Perlen im Rahmen der Kinderpsychiatrie im Lincoln-Hospital untersucht:

- 1. Ein siebenjähriger Junge mit einer langen Geschichte rebellischen Verhaltens mit eskalierenden Ausbrüchen, schien durch die Goldperlen noch heftiger zu werden. Die Anwendung der Silberperlen führte zu einer ruhigeren Stimmung ohne weitere Ausbrüche, in der der Patient in der Lage war, seine Schularbeiten zu machen.
- 2. Ein achtjähriger Junge, bei dem bisher jede Therapie für ADHS erfolglos war, besserte sein Verhalten nach Anwendung der goldenen Perlen, blieb aber sehr unruhig. Mit der silbernen Perle verschwand die Unruhe, während die allgemeine Besserung weiter fortschritt.
- 3. Ein achtjähriges Mädchen fiel durch heftige Ausbrüche auf und durch die Neigung, mitten in der Nacht den Gasherd anzuzünden. Die silbernen Perlen zeigten keine Wirkung, mit den goldenen wurde die Patientin ruhiger und nach einer Woche der Behandlung war sie in der Lage, die Nacht durchzuschlafen.

In traditionellen Texten der Akupunktur wird Gold als belebend (tonisierend) und Silber als beruhigend (sedierend) beschrieben. Bei der Verwendung goldener Perlen gingen wir davon aus, dass besonders hyperaktive unaufmerksame Kinder an einem verborgenen Mangel mit der Symptomatik "leeres Feuer" (= Trad. Chin. Syndrom-Bezeichnung) litten. Manche Kinder mögen aber besser auf Silberperlen reagieren. Künftige Untersuchungen könnten auch die Behauptungen verifizieren, die in alten Texten zu goldenen und silbernen Nadeln gemacht werden.

Clinical Acupuncture and Oriental Medicine (1999, Vol 1, No. 1)





Goldene Magnetperlen zur Behandlung von Jungen mit ADHS, bipolaren Störungen und Asperger-Syndrom

Die Erfahrungen in Reed Academy

Dr. med. Michael Smith, Lincoln-Hospital

Übersetzung eines Vortrags aus dem Amerikanischen NADA Conference, Washington, D.C. 8. März 2003

NADA Konferenz 2003, September Hamburg, Evangelische Akademie

Reed Academy ist ein angesehenes Internat für Jungen mit schweren Verhaltensstörungen. Unter der Aufsicht von Dr. Ed Cohen, dem Direktor von Reed Academy und Mary "Penny" Mortenson LPN, der Schulschwester von Reed, führten Christine Lee, RNCS, Lic. Ac. und Janine Agoglia eine sechswöchige Pilotstudie durch, bei der eine goldene Magnetperle auf den hinteren "Shen men"- Punkt der Ohren geklebt wurde. Das Projekt hatte Dr. Michael Smith vom Lincoln-Hospital (Bronx, N.Y.) angeregt, der in dieser Behandlung erfahren ist. Die Perlen haben eine Wirkung ähnlich der Akupunktur.

Im Folgenden sind die Reaktionen der 13 Jungen, die an der Studie teilnahmen, zusammengefasst (Nr. 1 – 13). Name, Alter, Diagnose, Testergebnisse und klinische Ergebnisse sind notiert. Die Testergebnisse beruhen auf einem abgewandelten Conners-Test mit 12 Parametern, die je nach Schweregrad mit 0 bis 3 Punkten bewertet sind. Die erste Zahl gilt für den Beginn der Studie und beruht auf den Berichten von Lehrern, Krankenschwestern, Eltern und Sozialarbeitern. Die zweite Zahl ist das Testergebnis am Ende des sechswöchigen Experiments. Die meisten Jungen erhalten mehrere Medikamente. Die Medikation wurde während der Studie nicht geändert.

- 1. **Jordan**,13 Jahre alt, PTSD (=Posttraumatic Stress Disorder), Verhaltensstörungen: **20 15**. D.h. verbesserte Beziehungen, weniger zappelig. Stärkere Besserung als seine Noten zeigen, weil er sich besonders schlecht benimmt, wenn er beobachtet wird. Aufgrund seiner Vorgeschichte liebt Jordan negative Aufmerksamkeit.
- 2. **James**, 15 Jahre alt, ADD (=Attention Deficit Disorder), PDD: **21 6**. D.h. deutliche Verringerung von Bewegungsüberschuss und impulsivem Verhalten, verbesserte Aufmerksamkeit, verbesserte Beziehungen: "Ich fühle nicht mehr die Hochspannung, die mich ständig herumtrieb". James bat, die Perlen nach Abschluss der Studie weiter tragen zu dürfen und trägt sie noch ein Jahr danach. Seine Mutter, die sechs Jahre lang nicht mit ihm fertig wurde, traut ihm jetzt zu, wieder nachhause zu kommen.
- 3. **Alex K.,** 14 Jahre alt, Asperger-Syndrom (bes. Form von Autismus), non-verbale Lernschwierigkeiten: **20 13,** hat sich allmählich verbessert, kann besser zuhören und sorgfältiger nachdenken, weniger Gezappel, war endlich in der Lage sich von einem Teil seiner Phantasiewelt zu trennen.
- 4. **Karl**, 14 Jahre alt, ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom), ODD:

- 22 11. Wesentlich weniger zappelig, die Eltern bemerken Fortschritte an den Wochenenden; er zeigt sich bereit zur Zusammenarbeit, kann an Bastelarbeiten mit elektrischen Werkzeugen arbeiten, ohne dass die Eltern fürchten, er könne sich absichtlich selbst beschädigen.
- 5. Alex S., 13 Jahre alt, bipolar, Borderline MR: 18 17. Spricht mehr, sonst wenig Änderung.
- 6. **Jake**, 13 Jahre alt, PTSD, ADHS, PDD, Bindungsschwierigkeiten (attachment-disorder): **28 23**. Weniger zappelig, besser organisiert, wenig Änderung.
- 7. Erick, 13 Jahre alt ADHS, bipolar, Asperger, Trichotillomanie (Haareausreissen Zwang): **21 10.** Weniger zappelig, hörte gleich zu Beginn der Behandlung auf, seine Haare auszureissen und hat noch heute, ein Jahr später, einen vollen Haarschopf, Augenwimpern und brauen.
- 8. **Mike,** 11 Jahre alt, ADHS, bipolar, Angstattacken: **22 11.** Versteht sich besser mit den Eltern, kann mit der Familie ausgehen ohne Szenen zu machen, weniger Theater in der Schule, weniger Rennen und Klettern.
- 9. **Julian**, 11 Jahre alt, bipolar, übertriebene Kontrollwünsche: **17 7.** Die Mutter erlebt ihn entspannter, mitteilsamer; Julian fühlt sich "von den Perlen kontrolliert" und bricht die Behandlung nach 4 Wochen ab, trotzdem weitere Besserung.
- 10. **Terry**, 10 Jahre alt, bipolar, Asperger-Syndrom, ADHS, borderline MR: **20 18** Besser "in touch with his feelings", wärmer, besser in Beziehungen und ausdauernder
- 11. **Tyler**, 15 Jahre alt, ADHS, bipolar, introvertiert, sehr depressiv: **keine Testergebnisse**. Kann endlich über intime Angelegenheiten reden, brach die Studie nach 4 Wochen ab, weil er sich von den Perlen "kontrolliert" fühlte. Trotzdem blieb es bei der positiven Entwicklung. Er besucht jetzt mit Erfolg eine normalere Schule.
- 12. **Jon**, 14 Jahre alt, bipolar, PTSD, schizoid, ADHS: **keine Testergebnisse.** Rasche Fortschritte bei Ärger-Bewältigung und Haareausreissen. Brach ab, weil er auf eine normalere Schule versetzt wurde, wo er gute Fortschritte macht. Während der Studie wurde er auf ein neues experimentelles Medikament umgesetzt.
- 13. **Richard,** 13 Jahre alt, PTSD, ADHS, schizoid: **keine Testergebnisse.** Brach mitten in der Behandlung ab, weil er angeblich "die Kontrolle verloren hatte". Trotzdem konnte er sich in einer schwierigen Familienauseinandersetzung viel besser behaupten als erwartet.

Die meisten Jungen schienen durch die Anwendung der Perlen eine anhaltende deutliche Besserung zu erfahren. Reed Academy hat eine Schülerzahl von 25. Allen Eltern war die Teilnahme angeboten worden, 14 gaben ihre Einwilligung. Neun Schüler vollendeten die Behandlung, doch ist es auch erfreulich, dass mehrere Abbrecher eine bedeutsame Erfahrung machten. Den Eltern war Gelegenheit gegeben, ebenfalls die Perlen zu tragen, solange ihre Söhne sich in Behandlung befanden; sechs Eltern trugen sie für drei Wochen und alle bemerkten deutliche Unterschiede, wie sie mit Stress umgingen.

Akupressur, wie in diesem Protokoll beschrieben, ist eine Hilfe zur Selbsthilfe. Es ist eine zusätzliche Behandlung, die dem Patienten hilft, seine Fähigkeiten für Gleichgewicht und Erholung auszuschöpfen. Ähnliche Techniken werden auch bei Sucht, bei traumatischem

Zurück zum Inhaltsverzeichnis

Stress und bei ernsten Geisteskrankheiten angewandt. Die Behandlung scheint durch andere psychosoziale Komponenten verstärkt zu werden, so dass die Wirkung vielleicht in einer hochgradig unterstützenden Umgebung wie Reed Academy besonders deutlich wird.

Die gute Wirkung der Perlen scheint schon in der ersten Woche der Behandlung zu beginnen und hält oft noch jahrelang an, obwohl die Perlen vielleicht nur sechs Wochen lang angewandt wurden. Die Behandlung scheint einen Heilungsprozess anzustossen, der nicht unbedingt weiterer Stimulation bedarf, um wirksam zu sein. Joanne Lenny, eine freiwillige Helferin am Lincoln-Hospital, hat uns zwei bemerkenswerte Heilungen berichtet: Einen über einen Patienten mit angeborenem Nystagmus, den anderen von einem Dreijährigen mit Autismus. Bei ihnen führten einige Wochen Perlenbehandlung zu dauerhafter Besserung ihrer Störung. Wir hatten diese Ergebnisse nicht erwartet. Offensichtlich gibt es noch viel zu lernen über die Bedeutung und Verlässlichkeit dieser Pilotstudien.

Unsere Absicht ist es, die Ergebnisse mit anderen zu teilen. Über die Behandlung im Allgemeinen informiert Dr. Michael Smith im Lincoln-Hospital, Tel. 001 – 718 – 993 3100, Ext. 113. Und über diese Studie informiert Christine Lee, Tel. 001 – 508 – 596 4680.

Mary ("Penny") Mortenson von Reed Academy (Tel. 001 – 508 – 877 1222) koordinierte die Studie und beschrieb die klinischen Erkenntnisse über diese Jungen, die für uns so wertvoll sind.





DOI: 10.1016/J.DZA.2010.10.001 | 6 | DT ZTSCHR F AKUP. 53, 4/2010



The Use of the NADA Protocol for PTSD in Kenya

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

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 in Kenya among refugees 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.

be ha on- ge cal fo ity ein on len ex- Ge

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 costeffective 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 ef-

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.

fective 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 refuges 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 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

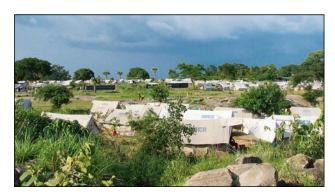


Fig. 1: The UNHCR refugee camp



Fig. 2: First day of training



Fig. 3: Group treatment



Fig. 4: Teens



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 challenging its appropriateness for their community. The leaders, per-

ceiving 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



Fig. 5: Treating a teenage girl



Fig. 6: Beads for children

the nature of the treatment. We also came to recognize that many of the communities we work with feel victimized by foreigners 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

As most of the buildings within the camp were in constant use by the various organizations and their programs, we were fortunate to be provided use of a church that was in the final stages of construction. We used desks and benches from the schoolhouse, transporting these with the help of the young faculty, or with the cheering and exuberant schoolchildren themselves.

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?

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



Fig. 7: Treating the members of a family



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



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

All children received the Shen Men point, used to alleviate stress and anxiety, and for those exhibiting bed-wetting,



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



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

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 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

Author information - STRICTA requirements

Megan Yarberry 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. Yarberry has provided NADA and other trainings in Kenya, Uganda, and Haiti. Ms. Yarberry has been awarded by the US NADA organization for her work in East Africa.

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, and complete flexibility around clearly defined goals.

References

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

DOI: 10.1016/J.DZA.2010.07.008 | 45 | DT ZTSCHR F AKUP. 53, 3/2010

□ J. Pimentel-Paredes

Medical Missions for the Victims of Typhoon Ondoy Medizinische Hilfe für die Opfer des Taifuns "Ondoy"

In September 26, 2009, "Ketsana" (Typhoon "Ondoy") traversed the Philippines affecting most parts of Luzon including the National Capital Region. 512,092 families were affected and several barangays (smallest governmental unit in Philippines similar to a village or city quarter) were evacuated after the incessant rains caused heavy flooding in Metro Manila and other parts of Luzon. The 40-year record-breaking 41.6-centimeters total rainfall in a single day left many Filipinos homeless.

The total cost of damage is estimated at P108.9M (US\$ 2.3 million). According to Social Watch Philippines, the government will have to allocate additional P11.4 billion (US\$ 242 million) in the 2010 national budget to mitigate possible disasters in the future. This budget does not include yet the moral damages, the lost hope and the broken dreams of the Filipinos who were badly affected by the calamity.

Relief operations have sprung up from every corner of the world. People from different sectors, civil society organizations and other professional organizations expressed their willingness to help and offer whatever they can to ease and share the burden of the less fortunate, especially those who were affected by the typhoon.

One of the civil society organizations who has been extending its services to the typhoon affected communities is the "Integrative Medicine for Alternative Health Care Systems, (INAM Philippines Inc.)". INAM is a nonstock, non-profit, non government organization providing alternative healthcare services to the marginalized sectors of our society. For almost 25 years, INAM has been providing both clinic and training services on alternative healthcare to its different partner organizations nationwide and already served almost 100,000 patients since 1984. INAM has provided trainings on Traditional Chinese Medicine acupuncture to almost 100 partner organizations – mostly community based health programs, peoples' organizations and non-government organizations.

INAM conducted a medical mission last October 9, 2009 at Sitio Batasin, Barangay San Juan, Taytay, Rizal. Three hundred families (300) were affected by the flood and up to this time are still recovering from the damages incurred by typhoon Ondoy. The families are residing 800 meters away from the flood way and their source of income is mostly from fishing, "kangkong" (water spinach) harvesting and seasonal jobs such as carpentry, construction workers, etc. A total of two hundred fifty four (254) patients were served, one hundred seventy two (172) or 67.71 % were children complaining of fever, cough, colds, loose bowel movement and skin diseases. Eighty two (82) or 32.29 % were adults complaining of skin diseases, hypertension,







Photos 1, 2 and 3: Serving the people in a disaster stricken area with NADA acupuncture.

muscle/joint pains and symptoms of upper respiratory tract infection. Modern medical consultation, health education on diarrhea and breast feeding, and medicines were provided in the community.

KLINISCHE MITTEILUNGEN AN DEN EDITOR



INAM also participated in the medical mission organized by the Citizen's Disaster Response Center (CDRC) last October 11, 2009 in Barangay Tatalon, Quezon City.

Relief goods were distributed to 500 families in the community. A feeding program for 350 children was also conducted. 112 patients were treated with the NADA Protocol for stress and trauma management.

Barangay Tatalon is also being considered as a prospective partner community of INAM Philippines especially for the Community Based Recovery Program.

In October 17, 2009, INAM together with its volunteer doctors and nurses went to Barangay Banaba, San Mateo, Rizal to provide integrated health services to the affected families of the barangay. The medical mission was conducted in a private school located within the vicinity of the barangay. Stress debriefing was held for community members who were traumatized by the flood and ensuing disaster. This process became very helpful for the survivors in order to socialize their experience and normalize their lives. Health education on Upper Respiratory Tract Infection and symptoms of Leptospirosis were also presented to the community members. The NADA protocol for stress and trauma were made available to community members. Around 290 patients availed the services and consulted the medical doctors. Out of the total number of patients, 124 or 42.75 % were children complaining of loose bowel movement, cough, colds, fever and skin rashes. 166 or 57.24 % patients were adults mostly diagnosed with hypertension, upper respiratory tract infection, gastroenteritis, skin diseases and musculoskeletal disorders.

INAM coordinated with Buklod Tao, a people's organization with 170 active members. the organization has strived to mitigate the environmental degradation of their community and has educated people on disaster preparedness. Buklod Tao is being considered as a prospective partner organization of INAM Philippines given its rich experience in community organizing, disaster preparedness and environment advocacy.

NADA

There were a total of 23 NADA practitioners who were involved in giving treatments last Sept. to November 2009, during the heavy flooding of metro manila and the Cordilleras brought about by typhoons Ondoy and Pepeng.

Trained in the NADA protocol were staff of our non government organization, INAM Philippines Inc., volunteers, and mothers in a community.

There is a body now that certifies doctors and non-doctors who have been practicing, did studies and training in acupuncture. The body that certifies is the Philippine Institute for Traditional and Alternative Health Care (PITAHC) under our Department of Health.

Last November 2009, an organization was set up The Philippine Acupuncture Academy (PAA) during an Acu-



Photo 4: The author as instructor. This is one of the trainings in a community where 10 mothers and 3 social workers of another NGO learned the NADA protocol.

puncture conference that elected 9 board members to PAA. 7 were doctors and 2 were non MDs.

The vicitims of the typhoon last year were stressed, emotionally traumatized after they lost their properties, and family members. With proper orientation before giving the NADA protocol, the victims responded very well. They felt relaxed, calm, most of them sleepy during treatment, many relieved of their different ailments, they felt rested, had a good night sleep, some had mild diarrhea as a form of release, some perspired and felt warm during treatment. The majority felt safe and reponded well to the treatment.

Author information (STRICTA requirements)

Janet Pimentel-Paredes, NADA RT, ADS, MA; family counselor, Certified Acupuncturist PITAHC-DOH Training in Traditional Chinese Medicine since 1994 (Beijing College of Acupuncture and Orthopedics and Nanjing TCM University (Manila), Continuing Education at NESA, Boston MA).

Training as Acupuncture Detoxification Specialist (ADS), Lincoln Recovery Center, South Bronx, New York, 2004. Certified Registered Trainer Status of NADA International to teach the NADA Protocol, June 2009, Brighton Hospital, Michigan U.S.A.

Present Positions:

Member of the Executive Committee of the Integrative Medicine for Alternative Health Care Systems, Philippines, Inc. (INAM), formerly the Acupuncture Therapeutic and Research Center (ATRC); Acupuncture Detoxification Specialist; National Acupuncture Detoxification Association (NADA) Registered Trainer Trainer/Instructor of Traditional Chinese Medicine and its different modalities
Trainer/Instructor of Basic Counseling Skills Executive Committee member, Philippine Acupuncture Academy (PAA)

Umfrage der NADA Deutsche Sektion e. V. zur Verbreitung der Akupunktur in der Behandlung von Suchtkranken in Deutschland

PD Dr. Uwe Verthein Kai Schnackenberg

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) Psychiatrische Klinik des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf Martinistr. 52 20246 Hamburg Tel. 7410 57901 oder 877959 Fax 7410 58351

Hamburg, Juli 2009

Email: u.verthein@uke.uni-hamburg.de

Zielsetzung

Um die Verbreitung des Einsatzes der Akupunktur nach dem NADA-Protokoll in der Suchtbehandlung deutschlandweit zu erfassen, wurde eine schriftliche Befragung unter Institutionen der Suchtkrankenhilfe durchgeführt. Ferner ging es um das Interesse der Einrichtungen, die Behandlungsmethode kennenzulernen bzw. einzusetzen.

Methode

Für die bundesweite Umfrage wurde die umfangreiche Adressdatenbank des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS), die über 15.000 Einträge enthält, verwendet. Diese wurde mit dem BKK-Verzeichnis der anerkannten ambulanten und stationären Entwöhnungseinrichtungen (792 Einträge) sowie mit der Datenbank der Mitglieder der NADA Deutsche Sektion e. V. (164 Einträge) zusammengeführt. Aus der Gesamtdatenbank wurden anschließend die für das Ziel der Umfrage relevanten Adressen selektiert. Ausgeschlossen wurden (neben Mehrfachangaben oder fehlenden Informationen) folgende Bereiche:

Institutionen im Ausland, Präventionseinrichtungen, Jugendbetreuung/Hilfen für vernachlässigte Kinder, Streetwork, Landeskoordinierungsstellen, Ärzte außerhalb Suchtmedizin, Freundeskreise für Suchthilfe o. ä., Forschungsinstitute, Ärztekammern, Behörden/Verwaltungen/Ämter/Städtetag o. ä., Krankenkassen/Bundesknappschaft/sonstige Versicherer, Medien/Zeitungen/TV/Verlage etc., Journalisten, Parteien, Stiftungen, Arbeits- und Erziehungshilfen, Lotterien, Polizei, Werkstätten, Flüchtlings- und Frauenberatungsstellen, Jugendring, Heilsarmee, Diamorphinambulanzen, Angehörigenverbände, Treffpunkte, etc.

Somit verringerte sich die Anzahl von 15.635 Einträgen auf insgesamt 3.277. Weitere 34 Adressen waren unvollständig, so dass insgesamt 3.243 Briefe verschickt wurden. 124 Briefe wurden als unzustellbar zurück gesandt, so dass letztendlich 3.053 gültige Adressen in der Datenbank verblieben.

Der einseitige Fragebogen (mit Anschreiben) sollte an das ZIS zurückgefaxt werden. In Einzelfällen kam die Antwort postalisch. Es wurde darum gebeten, folgende sechs Fragen zu beantworten:

- 1. Arbeiten Sie regelmäßig mit Akupunktur? Wenn ja, seit wann?
- 2. Arbeiten Sie regelmäßig mit dem NADA-Protokoll? Wenn ja, seit wann?
- 3. Was meinen Sie, ist Akupunktur für die Suchtarbeit hilfreich?
- 4. Sind Sie über diese Behandlungsform ausreichend informiert?
- 5. Wenn Sie in Ihrer Einrichtung nicht mit Akupunktur arbeiten: Haben Sie in Erwägung gezogen, das NADA-Protokoll einzusetzen?
- 6. Sind Sie an weiteren Informationen zur Akupunktur interessiert?

Ferner konnte die Kontaktadresse angegeben werden (bzw. Einrichtungs-Stempel) und der Wunsch nach Zusendung der aktuellen NADA-Infobroschüre sowie des Fortbildungsprogramms angekreuzt werden.

Die Befragung wurde in zwei Versendungen von März bis April 2009 durchgeführt. Nachdem sich der Rücklauf bis in den Juni erstreckte, wurde als Endtermin (sowie als Stichtag für die Berechnung von Zeitspannen) der 30.6.2009 festgelegt.¹

Ergebnisse

Von insgesamt 596 Institutionen liegen Antworten vor, womit sich ein Rücklauf von knapp einem Fünftel ergibt (19,5%). Diese Rücklaufquote liegt für solche Art von Umfragen im Bereich der erwarteten Größe. Wie unten dargestellt, handelt es sich keinesfalls nur um Einrichtungen, die die Akupunktur durchführen. Dennoch ist eine Selektion der Antwortenden im Sinne der stärker an der Akupunktur Interessierten nicht auszuschließen.

Ein Drittel der Befragten gibt an, in ihrer Einrichtung Akupunktur anzubieten (33,7%), und 31,8% der Befragten arbeiten dabei nach dem NADA-Protokoll (siehe Tabelle 1). Die Einrichtungen, die Akupunktur anbieten führen diese seit durchschnittlich 7,0 Jahren durch

_

Bereits in den Monaten Dezember 2008 bis Februar 2009 wurde diese Umfrage von der NADA online (nach Ankündigung über den Verteiler der DHS) durchgeführt. Es hatten sich aber nur 18 Einrichtungen beteiligt, die sich alle auch noch einmal schriftlich zurückgemeldet haben. Sämtliche Online-Antworten sind in der Auswertung enthalten.

(Stichtag: 30.6.2009). Einrichtungen, die das NADA-Protokoll verwenden, tun dies im Mittel seit 6,1 Jahren. In beiden Bereichen gibt es eine sehr große Streubreite bzw. zeitliche Spanne, seit dem die Akupunktur bzw. das NADA-Protokoll angewendet wird. Akupunktur wurde von nur einem Monat bis zu 36 Jahre vor der Befragung eingeführt. Und das NADA-Protokoll findet seit einem Monat bis zu 20 Jahren Anwendung.

Tabelle 1 Anwendung der Akupunktur und Arbeit nach dem NADA-Protokoll

	Ja	Nein	Gültig	Fehlend		
Akupunktur	33,7%	66,3%	593	3		
	Mittelwert	SD	Minimum	Maximum	Gültig	Fehlend
Dauer Akupunktur in						
Monaten	84,1	72,5	1	437	172	424
	Ja	Nein	Gültig	Fehlend		
nach NADA-Protokoll	31,8%	68,2%	585	11		
	Mittelwert	SD	Minimum	Maximum	Gültig	Fehlend
Dauer NADA-						
Protokoll in Monaten	72,7	53,2	1	245	169	427

Mit 91,5% gibt die deutliche Mehrzahl der Befragten an, dass Akupunktur in der Suchtarbeit hilfreich sei (Tabelle 2). Diese starke Zustimmung zu einer in ihrer spezifischen Wirkung nach wie umstrittenen Behandlungsform dürfte u. a. als Hinweis auf eine mögliche Selektivität der Antwortenden gewertet werden.

Tabelle 2 Nutzen der Akupunktur in der Suchtbehandlung

	Ja	Nein	Gültig	Fehlend
Akupunktur hilfreich	91,5%	8,5%	530	66

Mehr als die Hälfte der Befragten gibt an, ausreichend über Akupunktur informiert zu sein (58,0%, Tabelle 3). Dies unterstreicht den mittlerweile hohen Bekanntheitsgrad der Akupunktur in der Suchkrankenhilfe.

Tabelle 3
Informationen zu Akupunktur ausreichend

	Ja	Nein	Gültig	Fehlend
Ausreichend Informiert	58,0%	42,0%	581	15

31,6% der Befragten, die (bisher) nicht mit Akupunktur arbeiten, haben in Erwägung gezogen, dass NADA-Protokoll einzusetzen (Tabelle 4). Somit offenbart sich auch unter den Nicht-Anwendern ein größeres Potenzial, zukünftig mit Sucht-Akupunktur zu arbeiten.

Tabelle 4 In Erwägung gezogen, das NADA-Protokoll einzusetzen

	Ja	Nein	Gültig	Fehlend
Erwägung NADA-Protokoll	31,6%	68,4%	339	54

An weiteren Informationen zum Thema sind 69,8% der Befragten interessiert, und 60,6% möchten die aktuelle Informationsbroschüre mit Fortbildungsprogramm zugesandt bekommen (Tabelle 5). Auch dies unterstreicht das große Interesse an der Suchtakupunktur unter den an der Befragung teilnehmenden Institutionen.

Tabelle 5
Interesse an weiteren Informationen

	Ja	Nein	Gültig	Fehlend
Weitere Informationen	69,8%	30,2%	570	26
Broschüre	60,6%	39,4%	480	116

Bei der Betrachtung der bundesweiten Verteilung der teilnehmenden Einrichtungen lässt sich ein leichter Schwerpunkt im Hamburger Großraum erkennen (Tabelle 6). Allerdings ergeben sich einige Unterschiede zwischen den Einrichtungen, die Akupunktur nach dem NADA-Protokoll anbieten, und den übrigen Institutionen. Unter ersteren ist der Großraum Hamburg noch stärker vertreten. Auch im Südwesten Deutschlands, dem PLZ-Gebiet 7, ist ein "Akupunktur-Schwerpunkt" zu erkennen. Auffällig ist, dass in den östlichen Bundesländern (PLZ-Gebiete 0 und 1) der Anteil unter den Institutionen erhöht ist, die keine NADA-Akupunktur anwenden.

Tabelle 6 Herkunft der Einrichtung nach PLZ (Gültig: 596)

PLZ-	NADA -Akupunktur	keine NADA -	Gesamt
Bereich		Akupunktur	
0	3,8%	10,3%	8,2%
1	6,5%	9,3%	8,2%
2	31,2%	16,5%	21,1%
3	8,6%	11,8%	10,7%
4	5,9%	11,8%	9,9%
5	7,0%	9,0%	8,6%
6	8,1%	9,0%	8,6%
7	17,2%	8,3%	10,9%
8	7,5%	6,5%	7,0%
9	4,3%	7,5%	6,7%

Der Großteil der teilnehmenden Institutionen sind Kliniken bzw. Abteilungen von Krankenhäusern (Tabelle 7). Bei mehr als einem Drittel handelt es sich um Beratungsstellen. Auch hier lassen sich wiederum Unterschiede zwischen Akupunktur-Anwendern und Nicht-Anwendern erkennen. Kliniken sind unter den Anwendern überproportional häufig vertreten, Beratungsstellen hingegen zu einem kleineren Anteil. Sie gehören eher zu den Einrichtungen, die keine NADA-Akupunktur anbieten.

Tabelle 7 Art der Einrichtung (Gültig: 334, Fehlend: 262)

Art der Einrichtung	NADA- Akupunktur	keine NADA - Akupunktur	Gesamt
Klinik	67,6%	40,1%	48,8%
Tagesklinik	2,9%	1,8%	2,1%
Beratung	17,1%	42,8%	35,0%
Praxis/Ambulanz	10,5%	10,4%	10,2%
Aidshilfe	-	2,7%	1,8%
Suchttherapiezentrum	1,0%	1,4%	1,2%
JVA	1,0%	0,9%	0,9%



DOI: 10.1016/J.DZA.2011.11.003 | 13 | DT. ZTSCHR. F. AKUPUNKTUR 54, 4/2011

⊠ R. Raben

Phasen der Stressbewältigung

Traumaverarbeitung und Akupunktur

Stages of coping with stress

Trauma management and acupuncture

Zusammenfassung

Menschen durchlaufen nach Traumen Phasen der Verarbeitung, die bestimmte geistig-seelische Fähigkeiten erfordern: Angst, Aggression, Einsicht, Trauer und Zuversicht. Traumata werden meistens in einem physiologischen Sinne bewältigt. Sie können aber auch zu einer Trauma-Störung führen, wenn die Verarbeitung in einer oder mehreren Phasen blockiert wird. Die Phasen der Stressbewältigung entsprechen den metaphorischen Begrifflichkeiten der TCM, die fünf geistig-seelisch-körperliche Fähigkeiten benennen, die zusammenwirken und einen Reaktionszyklus bilden.

Zur Ergänzung in der Therapie von Traumafolgestörungen und zu ihrer möglichen Verhinderung nach bedrohlichen Erlebnissen eignen sich non-verbale Therapieformen. Das in den 80er-Jahren in New York von Michael Smith und Mitarbeitern entwickelte NADA-Protokoll ist auch in der Behandlung von Traumapatienten erfolgreich: Es ist eine niederschwellige, non-konfrontative und non-verbale Therapiemethode.

Abstract

After trauma, people accomplish several stages of coping which require certain mental abilities: Fear, aggression, insight, grief, and hope. Traumas are usually coped with in a physiological sense. However, they may also lead to a trauma disorder if the coping is blocked at one or more stages. The stages of stress coping correspond to the metaphoric terms of TCM characterizing the five mento-psycho-somatic abilities acting together in forming a cycle of reaction.

In addition to the therapies of post-trauma-disorders, as well as in order to prevent their arising after traumatic life events, non-verbal forms of therapy are suitable. The NADA protocol, devised in the 1980s by Michael Smith et al. in New York is also successful in the treatment of trauma patients. It represents a low-threshold, non-confrontative and non-verbal method of therapy.

Schlüsselwörter

Trauma, Stressbewältigung, Akupunktur, TCM, Non-Verbalität, NADA-Protokoll

Seit 25 Jahren behandle und betreue ich drogenabhängige Schwangere, Mütter und ihre Kinder. Das ist neben Akupunktur ein Schwerpunkt in unserer gynäkologischen Gemeinschaftspraxis. Wir haben für die zum Teil schwierigen Patienten nach passenden Therapiekonzepten gesucht und sind durch unsere amerikanischen KollegInnen auf die akupunkturgestützte "Behandlung nach dem NADA-Protokoll" [1] aufmerksam geworden. Das führte dazu, dass wir seit 1996 Patientinnen diese Art von Ohrakupunktur anbieten und dabei in Verbindung mit einer psychosozialen Betreuung Besserungen registrierten, die wir zuvor so nicht kannten [2]. Die Akzeptanz von Ohrakupunktur ist allerdings nur dann gut, wenn sie in einem definierten "setting" stattfindet [3]. Die Schwangerschaften verlaufen besser, die Neugeborenen profitieren davon und die Rehabilitation wird erleichtert. Dadurch können Mütter besser als früher ihre Kinder zuverlässig versorgen. Aber durchaus nicht immer.

Trauma und Traumaerkrankung

Im Laufe der Jahre habe ich von unseren Patientinnen etwas über traumatisches Erleben erfahren: Über Angst und Wut, Hilflosigkeit und Selbstzerstörung nach Gewalterlebnissen. Und über die Entstehung von posttraumatischen Störungen der seelischen und der körperlichen Gesundheit. Schockierend erlebte Gewalt kann in einem Organismus zur Quelle chronischer, manchmal tödlich verlaufender Erkrankung werden. Solche Traumata sind zumeist als lebensbedrohlich erlebte Ereignisse mit körperlicher, sexueller oder seelischer Gewalt. Meistens sind sie durch Menschen hervorgerufen, und unsere Patientinnen waren

Keywords

Trauma, stress coping, acupuncture, TCM, non-verbality, NADA-protocol

meistens schon in der Kindheit und Jugend davon gezeichnet. Traumata mit Folgen können aber auch schwere Unfälle mit Versehrung sein oder Naturkatastrophen durch Erdbeben oder Wirbelstürme. Und manchmal auch falsche, verletzende und absolut respektlose Behandlung durch Ärzte oder Therapeuten. Gewalterfahrungen können, müssen aber nicht, später zu einer Erkrankung führen.

Fast jeder Mensch hat in seinem Leben traumatische Erlebnisse. Er leidet eine Zeit lang unter ihnen und verarbeitet sie. Sie werden zu einer "bitteren" Lebenserfahrung, aber führen nicht zu einer andauernden schweren psychoformen oder somatoformen Störung. Mancher geht sogar gestärkt daraus hervor. Möglicherweise hat er die Situation subjektiv als weniger bedrohlich wahrgenommen oder seine seelischgeistig-körperliche Widerstandskraft (seine "Resilienz") ist stark genug [4]. Einige aber verarbeiten – warum auch immer – das schwere oder insbesondere wiederholte Trauma nicht. Wir sehen in der Praxis als Patientinnen eben diese, bei denen es nicht gut ausgegangen ist. Etwa die Hälfte der Frauen mit sexueller Gewalterfahrung entwickelt später eine Traumaerkrankung mit den verschiedensten körperlichen und seelischen Auswirkungen. Das sind nicht wenige. Das Trauma bleibt dann "virulent", weil es nicht verarbeitet wurde, und führt in der Folge zu einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSB).

Traumatisierung macht schwach und krank

Schwere und/oder wiederholte körperliche oder seelische Gewalterfahrungen spielen bei vielen unserer Patienten mit psychischen Störungen

ORIGINALIA ORIGINAL ARTICLES



eine Rolle. Bei den meisten drogenabhängigen Patienten führte wiederholte nicht verarbeitete Traumatisierung zu den bekannten deletären bio-psycho-sozialen Folgen, und zwar nicht nur zu seelischen Störungen, sondern auch zu somatischen Krankheitsbildern. Depressive Störungen, therapieresistente Schmerzzustände ohne Organbefund oder rezidivierende Infektionen mit schwersten Entzündungen können folgen. Sogar die Wundheilung ist bei solchen Patienten schlechter. Traumatisierte suchen oft viele Ärzte auf. Es kommt zu frustranen Therapien und Therapieabbrüchen. Therapeutische Aktionen werden oft als nicht respektvoll und sogar verletzend erlebt. Die Patienten sind den üblichen verbalen Therapien, Psychotherapien schwer zugänglich, Therapeuten finden schwer Zugang zu ihnen. Ihre therapeutische "Adhärenz" gilt als schwach. Sie sind misstrauische, schwierige Patienten.

Nicht gelungene Traumaverarbeitung kann den Organismus einer Person dauerhaft blockieren und nachhaltig seine Kräfte lähmen: Die Kräfte des Widerstandes, der Abwehr, der Verarbeitung, der Trauer und in der Folge den gesamten Lebensmut. Die statistische Lebenserwartung nach PTSB sinkt. Suizide, Unfälle und schwere Erkrankungen sind bei Traumatisierten in der Folge wesentlich häufiger als im Durchschnitt Gleichaltriger. Alles Psycho? Nein: Das Trauma bleibt unverarbeitet im Hirnstamm, es bleibt im Körper, die Patienten sprechen nicht drüber: Weil die Erinnerungsbilder "zersplittert" sind, dissoziiert oder weil sie sich maßlos schämen oder auch die Täter decken wollen. Dem Arzt bleibt die wesentliche Quelle einer "therapieresistenten" Störung verborgen.

Stressbewältigung und Verarbeitung

Auf ein bedrohliches Ereignis reagiert unser Organismus in typischer Weise: Zuerst alarmierende Angstreaktionen, aggressive Impulse zur Abwehr oder Flucht, danach Verarbeitung und "Verdauen" des Erlebten, schließlich Trauerreaktionen und Wiederherstellung des Lebensmutes. Und der Zuversicht.

Wir durchlaufen, schneller oder langsamer, fünf Phasen der Stressbewältigung. Dafür stehen uns körperlich-emotionale Grundfähigkeiten zur Verfügung. Wenn das Ereignis nicht adäquat verarbeitet wird, bleibt der Schock lange im Körper. Der Körper scheint nichts zu vergessen.

1. Angst. Zunächst kommt es zum "arousal", zum Alarm: Die Ausschüttung von Adrenalin und Noradrenalin aus der Nebennierenrinde macht uns wach und die Cortisolausschüttung aus dem Nebennierenmark widerstandsfähiger [5]. Das führt zu sympathikotonen vitalen Überlebensreaktionen: Beschleunigung des Herzschlags, Steigerung des Blutdrucks, Fokussierung des Gesichtsfeldes, Steigerung der Durchblutung der Kampf- und der Fluchtmuskulatur, Steigerung der Durchblutung des Herzens, der Nieren und Nebennieren, Beschleunigung der Nervenleitung. Dafür werden momentan unwichtigere Funktionen wie Verdauung, Farbensehen oder Lust- und Sexualfunktionen gebremst. Angst ist zwar ein unangenehmes Gefühl, ist aber gleichzeitig die elementare Fähigkeit unseres Organismus, um Gewalt - die Begegnung mit dem "Säbelzahntiger" - zu überleben. Die unteren Hirnabschnitte wie Thalamus und Mandelkern werden in ihren Fähigkeiten zur Reizerkennung, Reizleitung und Reizantwort optimiert, damit der Organismus auf dem schnellsten Weg flüchten oder kämpfen kann. Die schnellen primitiven Nervenbahnen werden bevorzugt, die langsamen Großhirnfunktionen werden abgeschaltet. Die Großhirnfunktionen, die der späteren nachhaltigen Erinnerung und Verarbeitung des Erlebten dienen könnten, kommen nicht zum Zug. Dem Traumatisierten entstehen daraus später "Splitterbilder", Erinnerungslücken, falsche Verknüpfungen. Er bringt das Erlebte nicht mehr zusammen, es verfolgt ihn mit "flash backs". Vernetzung und Verarbeitung im Großhirn wäre zwar wünschenswert für ein nachhaltiges, auch sozial ausgerichtetes Lebensbewusstsein des Überlebenden, solche Hirnfunktionen und Nervenbahnen sind aber zu langsam. Um den Angriff des Säbelzahntigers zu überleben, werden in der Akutsituation Nachteile für das spätere psychosoziale Leben in Kauf genommen [6]. Die erste vegetative Maximalerregung leitet die lebensentscheidende Phase 2 ein: Abwehrreaktion durch Flüchten oder optimierte Fähigkeit zum Kämpfen.

- 2. Aggression. Für Flucht oder Kampf braucht der Organismus schnelle Entscheidungskraft, Mut, Augenmaß für die Situation, geschmeidige Geschicklichkeit, Reaktionsgeschwindigkeit und Muskelkraft. Wer das nicht hat, dem gelingt das Überleben mitunter noch durch "sich tot stellen", das sog. Freezing [6]. Katzen kämpfen oder flüchten optimal. Wer Phase 1 mit Angstreaktionen überlebt hat, braucht jetzt seine aggressive Kraft gegen den Aggressor, um Phase 2 zu bestehen. Phase 1 und 2 dauern meist nicht lange. Ob ich bestehe oder überlebe ist relativ schnell entschieden. Wer Opfer menschlicher Gewalt ist, spürt jetzt nach der ersten Angst die Wut, wenn er überlebt hat. Wut gibt Kraft, sich zu wehren oder wegzulaufen. Wenn den Angegriffenen seine aggressive Kraft verlassen hat oder er hilflos dem Aggressor gegenüberstand (z. B. als Kind, in aussichtsloser Situation), verschlägt es dem Opfer meistens auch die Sprache. Es kann sich nicht mehr über das Trauma äußern. Die Unfähigkeit zur adäquaten Gegenwehr oder Wutäußerung hinterlässt dann bleibende Lebensgefühle von Hilflosigkeit, Wertlosigkeit und von Scham. Das Opfer schämt sich wegen erlittener erniedrigender Gewalt: "Ich kann nichts, und ich bin nichts wert."
- 3. Verstehen und Einsicht. Wer Phase 2 physisch überlebt hat, braucht in der Folge verarbeitende Fähigkeiten, um das stressende Trauma auch geistig-seelisch gesund zu überleben. Es geht darum, das Geschehene zu verstehen und es in ein inneres Bild von sich, seiner Familie und der Welt zu integrieren. Ich kann das Erlebte schließlich betrachten und einordnen. Das Ganze ist ein "Verdauungsprozess" und der Traumatisierte versteht, dass das Trauma vorbei ist. Es verliert dadurch nach und nach an Kraft und "Virulenz" und überschwemmt den Organismus bei ähnlichen Situationen nicht mehr mit den Schreckensbildern ("flash backs"). Dieser Prozess der Verarbeitung und des Verstehens braucht Zeit. Aus Erfahrung kann einer klug werden. "Was folgt daraus für mich?" "Warum gerade ich?" "Das passiert mir nicht noch einmal." Dafür bedarf es gewisser Klugheit und Verstandeskraft. Wer älter ist, ist oft besser dran. Man sagt von jemandem, dem das offensichtlich nicht gelang, bei dem der Verdauungsprozess anscheinend nicht erfolgreich war, in banalisierender Alltagssprache: "Das hat der wohl nicht verdaut." Diese 3. Phase gelingt vielen nicht. Sie bekommen die Bilder nicht zusammen. Sie bleiben am Trauma hängen: Das fortwährende Grübeln darüber ist der misslingende Versuch es zu verstehen. Sie leiden unter Störungen von Magen-Darm, unter Bauchschmerzen, Verdauungsstörungen, schließlich Störungen des Körperbildes - zu dick oder zu dünn. Es gelingt ihnen nicht mehr, gut für sich zu sorgen, sich gut zu ernähren, um daraus neue Kraft zu schöpfen. Alles wird schwierig. Es wäre gut, wenn sich der Traumatisierte in einem geeigneten therapeutischen Setting alles von der Seele reden könnte. Auch nach gelungenem "Verdauungsprozess" ist der Organismus aber noch nicht wieder frei vom Trauma. Es muss ihm noch gelingen, die Virulenz des traumatischen Erlebnisses loszuwerden. Dafür haben wir die Fähigkeit der Trauer.
- 4. Trauer. Ich fühle und realisiere schließlich, dass ich an dem Erlittenen tatsächlich nichts ändern kann. Es ist unwiederbringlich geschehen, ich habe es zwar überlebt, es hat Wunden hinterlassen, ich habe es

RALPH RABEN

PHASEN DER STRESSBEWÄLTIGUNG

verstanden, bin vielleicht sogar klüger geworden und habe das Trauma als Schreckenserfahrung angenommen. Ich trauere darüber: Der Prozess ist Arbeit. Er ist schmerzlich, aber ich kann die Erinnerung an das Trauma zulassen, eventuell laut oder leise beweinen. Mit der Trauer gebe ich die Fesselung an das Erlebte und die Macht, die das Erlebte über mich hat, nach und nach ab. Trauer führt zur Befreiung. Das kann dauern, und es gelingt oft nicht. Dahin möchten Therapeuten mit ihren Patienten kommen. Trauern heißt auch weggeben, was verbraucht ist, damit etwas Neues entstehen kann, so, wie ich Tränen "vergieße". Manchmal kann das Opfer einem Täter vergeben oder beide söhnen sich aus. Aber das ist die Ausnahme. Man sagt auch, Trauer macht das Herz wieder frei, damit es für etwas Neues im Leben empfänglich wird und nicht mehr traumatisch "gebrochen" bleibt. So beschreiben wir noch die fünfte Fähigkeit.

5. Lebensmut, Zuversicht. Wenn das Trauma verarbeitet wird, geht der/ die Überlebende aus der Situation zwar gestresst, aber lebend und möglicherweise gestärkt und mutiger hervor. Er hat bessere Chancen, wenn er auf bedrohliche Situationen vorbereitet ist, er ähnliche Situationen bestanden hat, er in "stabilen" Lebensstrukturen (Familie, Beruf, Dach überm Kopf) lebt, wenn er schon älter ist und klüger, wenn er eine gute Resilienz [4] hat. Er erzählt von seinem Erlebnis, wie er "den Säbelzahntiger" besiegt hat oder ihm entrinnen konnte, atemlos, aber froh am Leben zu sein. Er behält seine Sprache, sie überhöht sogar seine positive Überlebenserfahrung. Der Lebensmut ist nicht gebrochen. Der Überlebende bekommt seine grundsätzliche Zuversicht zurück. Konnte die Patientin den Schock der Gewalt nicht verarbeiten, verliert sie typischerweise ihre Fähigkeit und ihr Bedürfnis sich sprachlich mitzuteilen. Es "verschlägt ihr die Sprache", und sie wird auch durch Worte kaum mehr erreichbar sein. Das ist die Erfahrung von Ärzten und Therapeuten, von Angehörigen und Freunden: "Der/ die ist jetzt so anders." Traumatisierte sind herkömmlichen therapeutischen sprachlichen Interventionen gegenüber oft ablehnend und ziehen sich zurück. Als wenn etwas innerlich zerbrochen ist: Lebensmut, Zuversicht, ein Teil der grundsätzlichen Freude am Leben zu sein.

Traumastörungen schwer behandelbar

Seitdem Traumatisierung ein beachtetes medizinisches Thema geworden ist und seitdem wir wissen, wie viele Kinder Opfer verschiedenster Traumatisierung sind, werden neue therapeutische Ansätze entwickelt, z. B. die narrative Exposition [7]. Nach einem Trauma sind "Überlebende" oft gutgemeinten sprachlichen Interventionen gegenüber "taub". Worte erreichen sie nicht, sie möchten nicht über ihr Trauma sprechen und lehnen die therapeutischen Angebote ab. So werden akut Traumatisierten oft Benzodiazepine gegen die innere Unruhe und Schlafstörung verschrieben, um sie als Erste-Hilfe-Therapie zu beruhigen. Nicht selten bleibt es dabei. Und möglicherweise können diese Stoffe sogar eine adäquate Verarbeitung stören. Früher suchtkranke Patienten werden nach traumatischen Erlebnissen oft rückfällig oder leiten selbst eine Therapie mit Beruhigungsmitteln ein.

Aber auch für Patienten, die Monate nach dem erlebten Trauma eine posttraumatische Belastungsstörung mit heftigen körperlich-seelischen Symptomen entwickeln, sind herkömmliche verbale psychotherapeutische Aktionen wenig effektiv. Jedenfalls ist die Akzeptanz schlecht. Worte und verbale Interventionen werden oft abgelehnt, als wertlos oder sogar als respektlos empfunden. Therapieabbrüche sind häufig, die "Adhärenz" ist schlecht.

Traumatisierte erleben – scheinbar aus heiterem Himmel – "zersplitterte Bilder" aus ihrem früheren Traumaerleben als "flash backs", und das bei Anlässen, die nur bruchstückhaft an Erlebtes erinnern. Sie bringen

das, was sie erlebt haben, nicht mehr zusammen zu einem vollständigen Erinnerungsbild. Gehirnregionen, die zusammenarbeiten sollen, sind "dissoziiert", gleichsam als neuropathologischer Tribut fürs Überleben. Eine spezifische Pharmakotherapie gibt es nicht. Und es scheint schwer zu sein, mit diesen "komplizierten" Patienten das richtige Maß von Nähe und Abstand in der Therapie zu finden und Vertrauen zu gewinnen. Traumatisierte misstrauen Worten. Sie wollen Unterstützung, aber eher nicht sprachlich. Und sie geraten leicht mit dem therapeutischen Personal in Konflikte, typischerweise über sprachlichen Kontakt. Dennoch wollen und brauchen sie Unterstützung.

Non-verbale Interaktionen oft erfolgreich

Einen anderen Zugang zu akut und chronisch Traumatisierten bieten non-verbale Interaktionen, die Traumatisierte zunächst nicht befragen, nicht offen oder verdeckt zu Gefühlsäußerungen ermuntern wollen, sie nicht konfrontieren mit dem Geschehenen, sondern sie ohne Konfrontation behandeln. Die Kunst des Zugangs zu diesen Patienten besteht in der Gestaltung eines Behandlungsstils mit respektvollem Abstand und respektvoller Nähe. Grundsätzlich können die Formen non-verbaler Interaktion verschieden sein: haptisch, akustisch oder visuell wie z. B. bei der Technik des EMDR [8].

Auch Akupunktur funktioniert nicht wie ein Medikament und nicht mit Worten. Es gibt bereits hinreichend Erfahrungen und auch eine Reihe guter Studien (RCT), dass sie z. B. in der Behandlung von Depressionen effektiv ist [9], ohne unerwünschte Nebenwirkungen hervorzurufen – bei guter Akzeptanz. Und es gibt bereits umfangreiche Erfahrungen über die Wirksamkeit nach akutem Trauma und in der stabilisierenden Behandlung von PTSB-Patienten, Kindern und Erwachsenen.

Sie muss diesen allerdings in angemessener Weise angeboten werden [10]. Angemessen heißt annehmbar und respektvoll. Das Besondere ist der Behandlungsstil: Strukturiert, durchschaubar, einfach, in der Gruppe, wenig verbal und non-konfrontativ [11]. Die Behandlung nach dem NADA-Protokoll hat sich dabei bewährt. Sie berücksichtigt, dass viele Worte leicht zu Auseinandersetzungen führen können, zu Ablehnung und oft nicht als hilfreich erlebt werden.

Akupunktur und TCM

Eine solcherart verstandene Medizin sieht Gesundheit nicht als einen Zustand an, sondern als eine Fähigkeit des Organismus zur permanenten Regulation aller vegetativen, körperlichen und seelischen Ungleichgewichte. Durch Aktivierung seiner inneren und äußeren Ressourcen ist er ständig dabei, die aus dem Gleichgewicht geratenden Grundfunktionen wieder ins Lot zu bringen. Bildliche Terminologie: "Qi fließt wieder, neues Qi kann entstehen."

Nach der Lehre der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) sind es fünf geistig-seelisch-körperliche Fähigkeiten, die zusammenwirken und einen Reaktionszyklus bilden.

Diese fünf Grundfähigkeiten haben in der TCM fünf Organnamen bekommen: Niere, Leber, Milz/Magen, Lunge und Herz. Sie stimmen mit den geläufigen anatomischen Namen und Vorstellungen über ihre Funktion nicht überein. Gesunderhaltung des Organismus, Stressverarbeitung und Stressabwehr auf seelischer wie auf körperlicher Ebene hängen von ihrem jeweiligen Zustand ab und vom adäquaten Reaktionszyklus. Die vitale Abwehr von Traumatisierung und ihre Verarbeitung sind ein gutes Beispiel für die medizinisch andere, alte Klugheit dieser Betrachtungsweise. Sie passen aber zu modernen Erkenntnissen über die Traumatisierung von Menschen. Abgesehen davon wird Akupunktur von Betroffenen als einfache und risikoarme Behandlungsmethode gut angenommen.



Theorie und Praxis der TCM: Die Funktionskreise zur Stressverarbeitung

auf jede Störung, die von außen kommt und ihn aus dem Gleichgewicht bringt. Er ist ständig dabei, den "Qi-Fluss" in Gang zu halten. Im Folgenden also noch einmal der Reaktionszyklus (siehe oben) mit den Phasen 1-5 und jetzt die Rolle der fünf TCM-Funktionskreise bei Abwehr und Verarbeitung eines Traumas. Gelingt der Zyklus, kann das Trauma überwunden und verarbeitet werden: es kann "ausgeschieden" werden, und es verliert seine "Virulenz" für das spätere Leben. Gelingt der Zyklus nicht, bleibt das Trauma als seelisch-körperliches Pathogen im Körper, blockiert die Bildung und den Fluss von neuem Qi: das Trauma beeinträchtigt dann die körperlichseelische Gesundheit dauerhaft, obwohl der Organismus überlebt hat. Akupunktur als Medizin hat hier die Rolle, die Fähigkeit der fünf Funktionskreise anzuregen, wieder "in Fluss zu bringen" und zu stärken, damit der Traumatisierte sein Erlebnis verarbeiten kann, seine Zuversicht zurückbekommt, neuen Mut gewinnt und die "Herzfunktion" wieder stark und frei wird. Es geht bei dieser Medizin immer darum die "Ressourcen" des Patienten zu stärken. In Abbildung 1 ist der Reaktionszyklus der fünf "Organe" oder Funktionskreise dargestellt: Niere, Leber, Milz/Magen, Lunge. Das "Herz" ist mit seinen Funktionen immer betroffen, daher steht es im Zentrum. Wenn die fünf Organe reagieren können, wird das Trauma - wie meistens - verarbeitet, wenn es Blockaden gibt, entstehen Traumastörungen.

Der Organismus reagiert grundsätzlich mit seinen fünf Grundfähigkeiten

- 1. Angst und "Niere". Vitale Überlebensstrategien betreffen zunächst die innerste Schicht des Organismus, die Funktionen der Niere. Dort wird grundsätzlich die gesamte zur Verfügung stehende Kraft gespeichert (Wasserniere), und von der Niere gehen die Schubkräfte zur Aktivierung der anderen Funktionskreise aus, also auch die erste Vitalreaktion nach dem Angriff (s. o.), das "arousal" (Feuerniere). Westlich entspricht das ziemlich genau der Funktion der Nebennieren (Rinde und Mark). Der Organismus wird hellwach, aktiviert alle anderen Funktionen schnell und stark. Weitere Nierenfunktionen sind Schöpfung neuer Kraft, auch Willenskraft, Kraft zur Regeneration und auch zur - vitalen - Erhaltung der menschlichen Art durch die Kraft zur Fruchtbarkeit. Wenn dieser Funktionskreis beschädigt wird oder in Schwäche gerät, erlahmt und ermüdet der ganze Mensch, und aus der Fähigkeit zur Angst wird die permanente Ängstlichkeit einer Person. Dann führen auch schwache äußere Stressoren schon zu Überlebensreaktionen der Niere, verbrauchen ihre Energie ohne Nutzen und schwächen sie zusätzlich. Prinzip: "Ein schwaches Yin kann das Yang nicht halten." Die Niere soll eigentlich auch dem Funktionskreis Herz die nötige Kraft für seine vitalen Funktionen zuführen: neues Qi, Zuversicht und Lebensfreude entstehen. Die Niere gibt weiterhin ihre Impulse an die Leber, damit der Organismus auch praktisch und nach außen gerichtet reagiert.
- 2. Aggression und "Leber". Die Leberfunktionen sind Beweglichkeit, Abwehr von Gefahr durch Kampf oder auch Flucht, sie sorgt für die nötige Geschmeidigkeit der Muskulatur. Die geistig-seelischen Fähigkeiten sind Entscheidungskraft und genügend Aggressivität. Die Leber dient damit der adäquaten Abwehr des Angriffs. Die aggressive Fähigkeit muss stark genug sein, um das Ich zu retten. Eine gesunde "Leberfunktion" kann sich den Aggressor mit der angemessenen Reaktion vom Leibe halten: "Hier bin ich und da bist Du." Wenn es aber nichts zu kämpfen gibt, weil kein Gegner da ist (Naturkatastrophe) oder das Ich zu klein oder machtlos ist (Kindheit, Krieg, Chancenlosigkeit), wird die Leberfunktion blockiert und geschwächt. Das kann zu Blockaden in der Muskulatur führen, Unfähigkeit zu adäquater Aggressivität und später zu sinnloser Wut und Zorn. Die "Leberschwäche" führt später zu Spannungsschmerzen, Zornausbrüchen, andauernder emotionaler

- Instabilität, Stauungsgefühlen. Nichts fließt mehr: Emotionen und Muskulatur werden rigide. Chinesische Diagnosen lauten: Leber-Qi-Stagnation, Leber-Yang-Exzess mit Hitze, Unruhe, Schlaflosigkeit und späterer Blässe, Leber-Blut-Mangel, Müdigkeit, Erschöpfung. Bei erfolgreicher Überwindung des Traumas mit guter "Leberfunktion" kann die Flexibilität des Überlebenden sogar noch besser werden, die Überlebensfreude lässt die Emotionen frei fließen, und in der Folge werden das "Herz" und der Mut gestärkt ("Löwenherz").
- 3. Verstehen, Einsicht, "Milz und Magen". Der Funktionskreis "Milz-Magen" hat die Aufgabe alles, was in den Menschen gelangt, gut zu verarbeiten, um schließlich daraus neue Kraft zu schöpfen. So wie die Nahrung verdaut werden muss, werden auch Sinneseindrücke, Erlebnisse, Stresssituationen und Traumata verarbeitet und verdaut. Wenn die Verarbeitungsfähigkeit stark ist, können auch Erlebnisse von Not, Bedrohung, Verletzung, Enttäuschung, Hilflosigkeit, Angst und Wut "verdaut" werden. Ein eher längerer Prozess. Es kann eine Lebenserfahrung daraus werden, die einen klüger macht, um die nächste Situation besser zu bestehen oder erst gar nicht hineinzugeraten. Der Prozess der Verarbeitung gelingt oft nicht. Wenn keine adäquate Verarbeitung gelingt, entsteht kein neues "Milz-Qi". Man "kaut" ewig darauf herum. Auf Dauer bedeutet das Grübelei und Traurigkeit, möglicherweise auch Depression. Diese Frustration aus "Milz- und Magenschwäche" lähmt die weitere Verarbeitung, und damit bleibt das Trauma im Körper, es wird "nicht verdaut".
 - Die Verdauungsfunktion ist nach TCM in der Mitte des Körpers lokalisiert, eben da, wo westlich gesehen auch das Zentrum des Vegetativums ist (z. B. der plexus solaris). Der darauf folgende Funktionskreis im Reaktionszyklus heißt "Lunge".
- Trauer und "Lunge". Die Fähigkeit der "Lunge" ist nach TCM, Verbrauchtes oder "Trübes" auszuscheiden, Distanz davon zu schaffen, Schädliches oder Überflüssiges durch Atmung zu eliminieren. Sie ist ein körperliches und seelisches Ausscheidungsorgan, ein "Entgiftungsorgan". Ein Trauma, das überlebt, verstanden und verarbeitet wurde, kann durch die Fähigkeit der Lunge aus dem Körper eliminiert werden. Das Ziel des Reaktionszyklus ist es, das was schädlich geblieben ist, loszuwerden, damit anschließend etwas Neues entstehen kann. Durch die letzte Phase einer erfolgreichen Traumaverarbeitung bekommt der Organismus auch nach TCM schließlich Distanz zum Erlebten. Dabei spielen schließlich auch verbale Therapien (Zulassen, Aussprechen, Beweinen, Hinter-sich-Lassen) eine große Rolle. Die autonomen Störungen lassen nach. Die Hitze des Traumas ist abgekühlt. Nachdem es verarbeitet wurde, kann es abgegeben, und schließlich mit einem "Seufzer der Erleichterung" ausgeschieden werden. Diese Fähigkeiten zur Ausscheidung, Distanzierung, Reinigung und Klärung und damit zum Neubeginn gibt es nur, wenn die "Lunge" stark genug ist. Das ist dann im eigentlichen Sinne ein Trauerprozess. Der kann lange dauern. Bei Dissoziation und Zyklusabbruch werden Trauer und Abschluss nicht möglich. Viele PatientInnen konnten nie trauern, auch nicht weinen über die Folgen des Gewalterlebnisses.

Ein Schock, der zu Beginn das Innerste (die Niere) angreift und schwächt, kann alle weiteren Prozesse im Verarbeitungszyklus blockieren (Stagnation). Daher schaffen manche Patienten nach früheren Traumatisierungen keinen Neuanfang. Sie bleiben hängen, bleiben stehen auf der seelischen Entwicklung zur Zeit der Traumatisierung, bei der Erfahrung wiederholter Gewalt z. B. als Kind, in der Pubertät oder im Krieg. Die "Lunge" zu stärken, Trauer zu ermöglichen, ist also ein wichtiger Aspekt der Traumaverarbeitung und der Genesung. Der Prozess der Vergebung wird erst durch Trauer ermöglicht und gelingt oft nicht.

5. Lebensmut, Zuversicht und "Herz". Das "Herz" hat mit seinen Funktionen in der TCM eine Sonderstellung (Abb. 1). Es ist gewissermaßen das Zentralorgan des Menschen. Es ist Sitz des Geistes, seiner Seele und sämtlicher Emotionen. Damit ist es auch nach TCM der Motor des Lebendigen. Das Herz "sieht" alles und registriert alles, was passiert. Es wird von den anderen vier Organfunktionen immer direkt geschwächt oder gestärkt. Es ist bei Verletzungen oder Bedrohungen immer betroffen, hat aber die Stärke, hoffnungsvoll und voller Lebensmut zu sein. Es hat nach TCM die Grundfähigkeit zur Freude. Das heißt z. B. trotz aller Schrecken des Lebens weiterzumachen, weiterzuleben. Das "Herz" hat eine ganz besondere Fähigkeit im Menschen, es öffnet sich über die Sprache. Umgekehrt erkennt der Arzt an der Sprache seines Patienten den Zustand des (chinesischen) Herzens.

Überwindung eines Traumas durch starke "Nierenfunktion" und "Leberstärke" erkennen wir an dieser Herzfunktion, der Sprache. Der Kämpfer erzählt von seiner mutigen Tat oder auch von seiner Niederlage oder Flucht. Wenn er alles gut überstanden hat, schämt er sich nicht, er wird nicht sprachlos und verschlossen. Das spätere Gefühl von Scham wird von Patienten nach Traumatisierung als viel schlimmer beschrieben als das ursprüngliche Angstgefühl. Bei unverarbeiteter Traumatisierung bleibt das Herz geschockt (es "verschlägt einem die Sprache"). Die Herzfunktionen Lebensfreude, Lebensmut und Sprache sind blockiert: "Das Herz ist gebrochen." Das "Herz" und damit der Geist (Shen) scheinen heil zu werden, wenn die Patienten ihre Sprache über das Geschehene wiederbekommen. Es gibt wieder Hoffnung.

Traumatische Fixierung

Ärzte und Therapeuten, Schwestern und Sozialarbeiter haben mit den körperlich-seelischen Folgen von unverarbeiteter Traumatisierung als schwere, unverarbeitete "Herzverletzungen" zu tun: Schmerzen, Funktionseinschränkungen, Mutlosigkeit, Erschöpfung, Depression, Burn-

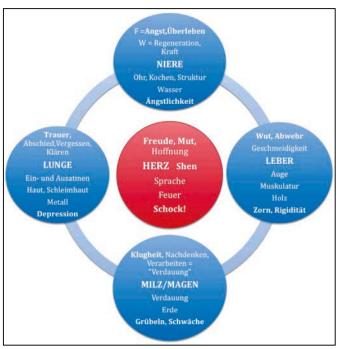


Abb. 1: Stressverarbeitung eines Traumas. Die fünf Funktionskreise im Reaktionszyklus. Das "Herz" ist in jeder Phase betroffen: Bei günstiger Verarbeitung wird es gestärkt, bei Traumaerkrankung geschwächt, "gebrochen".

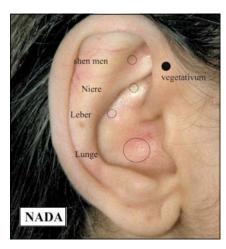


Abb. 2: Ohrakupunktur: Fünf ,Areale", die beim NADA Protokoll behandelt werden (beidseits).

out, Stresserkrankungen mit somatischer Fixierung; Gynäkologen z. B. mit körperlicher Fixierung auf schmerzende Unterleibsorgane, Kinderlosigkeit, Verlust oder auch Entwertung von sexueller Lust. Und in einer Schwangerschaft wird möglicherweise auch die körperlichseelische Entwicklung eines Fetus von einer traumabedingten körperlichen-seelischen Störung mit ständiger Angst bei der Mutter - generationsübergreifend - prägend beeinflusst.

Akupunktur als möglicher non-verbaler Zugang

Akupunktur scheint immer auf mehreren Ebenen zu wirken: körperlich geistig - seelisch. Das NADA-Protokoll benutzt jeweils fünf Punkte an beiden Ohren (s. Abb. 2). Man kann sie von der TCM-Theorie her den fünf beschriebenen Funktionskreisen zuordnen. Die Erfahrung zeigt, dass die Behandlung Patienten nach Stresssituationen ausgeglichener macht, dass sie Stress besser aushalten können, dass vegetative Störungen abnehmen, und dass sie offener werden für Therapie und Rehabilitation ("Akupunktur macht Sie stärker, Sie halten mehr aus"). Wir glauben, dass der Erfolg der "Behandlung nach dem NADA-Protokoll" in seiner Einfachheit liegt: im nicht-konfrontativen Behandlungsstil und in der Art, das Problem von Nähe und Distanz beim therapeutischen Zugang zu Traumaopfern zu lösen. Nicht der Therapeut ist in diesem System der Heiler, sondern der Patient mit seinem lebendigen Organismus: Das soll auch die innere Haltung des Behandelnden sein. Der Patient kann innerhalb weiter Grenzen selbst die Heilung bewirken, wenn seine Ressourcen gestärkt werden. Gute Bedingungen für diesen Prozess zu schaffen: Das ist das, was wir mit Akupunktur versuchen.

Literatur

- 1. Smith M, Khan I. Acupuncture programme for treatment of drug addicted persons. Bull Narc., 1988: 40:35-41
- 2. Raben R. Akupunktur in der Behandlung drogenabhängiger Schwangerer. Dt Ztschr f Akup. 1998:40.2:38-42
- 3. Raben R. Akupunkturgestützte Stressbewältigung. Dt Ztschr f Akup. 2004;47,2:18-20
- 4. Welter-Enderlin R, Hildenbrand B (eds). Resilienz Gedeihen trotz widriger Umstände Heidelberg: Carl Auer Verlag, 2006
- 5. Catani C, Adenauer H, Keil J et al. Pattern of cortical activation during processing of aversive stimuli in traumatized survivors of war and torture. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2009;259:340-351.
- 6. Fischer G, Riedesser P. Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: Ernst Reinhardt Verlag (4. Aufl.), 2009
- 7. Neuner F, Schauer M, Elbert T. Narrative Exposition und andere narrative Verfahren. In Maercker, A. (Ed.), Handbuch der posttraumatischen Belastungsstörungen. Heidelberg: Springer, 2009:302–318.
- 8. Shapiro F, Forrest MS. EMDR in Aktion. Die neue Kurzzeittherapie in der Praxis, Paderborn: Junfermann, (3, Aufl.) 2007 9. Zhang ZJ et al. The effectiveness and safety of acupuncture therapy in depressive disorders:
- Systematic review and meta-analysis, J. Affect. Disord. 2009 10. Yarberry M. The Use of the NADA Protocol for PTSD in Kenya D. Ztschr f Akup. 2010;53,4:6-11
- 11. Raben R. Akupunktur nach dem NADA-Protokoll. Eine Übersicht. Dt Ztschr f Akup. 2004;47,2:35–40

Originalien

Z Gerontol Geriat DOI 10.1007/s00391-016-1047-8 Eingegangen: 28. Juni 2015 Überarbeitet: 1. Februar 2016 Angenommen: 17. Februar 2016 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016



Janina Geib^{1,4} · Monika A. Rieger² · Stefanie Joos³ · Gerhard W. Eschweiler^{1,4} · Florian G. Metzger^{1,4}

- ¹ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen, Deutschland
- ² Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Koordinierungsstelle Versorgungsforschung an der Medizinischen Fakultät Tübingen, Tübingen, Deutschland
- ³ Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung, Universität Tübingen, Tübingen, Deutschland
- ⁴ Geriatrisches Zentrum, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen, Deutschland

Implementierung von Ohrakupunktur nach dem NADAProtokoll bei geriatrischen Patienten mit einer depressiven Episode

Eine Machbarkeitsstudie mit gemischten Methoden

In den vergangenen Jahrzehnten hat die Akupunktur in der westlichen Medizin und in Deutschland immer mehr an Bedeutung gewonnen und erfreut sich großer Beliebtheit unter den Patienten. Neben der traditionellen Körperakupunktur findet bei bestimmten Erkrankungen zunehmend die Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll (National Acupuncture Detoxification Association) Anwendung [2, 3, 13, 19, 22]. Eine entspannende, konzentrationsfördernde, innerlich stabilisierende, Ängstlichkeit reduzierende und schlafregulierende Wirkung dieser Art der Akupunktur wurde bereits mehrfach beschrieben und gibt somit Raum für weitere Indikationen im Bereich psychiatrischer/psychosomatischer Indikationen [11].

Das Forschungsprojekt wurde innerhalb des Nachwuchsprogramms des Netzwerks "Versorgungsforschung Baden-Württemberg" durchgeführt, das vom baden-württembergischen Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst und dem Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren gefördert wird.

Published online: 04 May 2016

Aufgrund der guten Erfahrungen im Bereich der Sucht- und Traumatherapie sowie der hohen Patientenakzeptanz [17, 21] ist der Einsatz der Ohrakupunktur ein vielversprechender Ansatz, u. a. auch mit dem Ziel, Arzneimittel einzusparen.

Die Erfahrungen, die mit den bisherigen Indikationen gesammelt werden konnten, legen die Vermutung nahe, dass die NADA-Ohrakupunktur bei (nichtsuchtkranken) psychiatrischen Patienten auf die inneren Selbstheilungskräfte einwirkt und Störungen im Wohlbefinden reguliert [16]. Eine entspannende Wirkung bei übermäßiger innerer Anspannung, Konzentrationsförderung und Förderung der Wachheit bei Erschöpfung oder permanenter Müdigkeit sowie Verbesserung des Nachtschlafs bei Schlafstörungen konnten für die Körperbzw. teilweise auch für Ohrakupunktur bereits mehrfach gezeigt werden [5, 6, 9, 12, 15, 16, 18].

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

Methode

Design

Das Studienprotokoll wurde bereits publiziert [8].

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.

Die Hauptfragen des qualitativen Ansatzes waren folgende:

- Ist es möglich, Ohrakupunktur in ein multimodales Behandlungsregime älterer Menschen mit Depression in einer Tagesklinik zu integrieren?
- Wird das Angebot von Patienten angenommen? Warum und mit welcher Quote wird es abgelehnt?

Originalien

- Welches sind mögliche Barrieren für die Annahme?
- Welche Bereitschaft besteht, diese Behandlungsmethode in das therapeutische Team zu integrieren? Wie kann diese erfolgen?

Nebenfragen:

- Ist das Setting einer 45-minütigen
 3-mal wöchentlichen Anwendung für
 3 Wochen realistisch?
- Wie wird die Ohrakupunktur im Einzelfall bewertet?

Daneben wurden quantitative Messverfahren eingesetzt, um die Verteilungsmaße der verwendeten Instrumente im Probandenkollektiv zu erheben [1] und explorativ mögliche Veränderungen zu erfassen.

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 für insgesamt 3 Wochen.

Folgende 5 Punkte (Punktareale) wurden an beiden Ohren mit einer dünnen Einwegnadel durch eine zuvor in diesem Verfahren durch NADA-Deutschland e. V. ausgebildete und zertifizierte Person des Behandlungsteams (Ärztin oder Mitarbeiter der Gesundheitsund Krankenpflege) gestochen: Vegetativum I, Shen men, Niere, Leber und Lunge.

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 thera-

peutischen 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.

Die Einzel- und Gruppeninterviews wurden digital aufgezeichnet, transkribiert und unter Zuhilfenahme einer speziellen Software (MaxQDA) nach den Regeln der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring [14] ausgewertet. Hierbei wurde von der Studienleiterin und 3 externen Hilfskräften stufenweise ein Codiersystem entwickelt und v. a. deduktiv, d. h. in Bezug auf die Fragestellung der Studie/die Inhalte der Interviewleitfäden, im Konsensverfahren eine Strukturierung vorgenommen, woraus sich ein Kategoriensystem ergab, welches aufgrund der Beteiligung der externen, fachfremden Hilfskräfte offen und materialgeleitet war. Insgesamt wurden 268 Seiten transkribierten Materials bearbeitet und 119 Codes bzw. Subkategorien vergeben.

Quantitative Untersuchungsverfahren

Vor Beginn der Intervention und nach Abschluss wurden folgende Parameter mittels validierter Messinstrumente bei den Studienteilnehmern und Ablehnern erhoben:

Zur Einschätzung der depressiven Symptomatik wurden die Geriatric Depression Scale, (GDS; [23]) als Selbstbeurteilungsskala und die Hamilton rating scale for depression (HAM-D; [10]) als Fremdbeurteilungsskala eingesetzt. Zur Überprüfung der kognitiven Funktion und im speziellen der Orientierung wurde die Mini-Mental-Status-Examination (MMSE/MMST; [7]) herangezogen. Die aktuelle Lebensqualität wurde mithilfe des Short Form Health Survey (SF-36) [20] erhoben. Zur Evaluierung von Schlafstörungen wurde der Pittsburgh Schlafqualitäts-Index (PSQI; [4]) verwendet. Aus den erhobenen Daten erfolgten eine quantitative Analyse mit gepaarten T-Tests (für Testwiederholung) sowie bei fehlender Normalverteilung nichtparametrische Tests mittels Wilcoxon Signed Ranks Test. Es wurden Mittelwerte und Standardabweichungen berechnet und die Signifikanz überprüft. Auf beschreibender Ebene wurden Werte p < 0.05 als statistisch signifikant angesehen (*p < 0.05; **p < 0.01; ***p < 0.001).

Einmalig wurden vorab Informationen zu Diagnose, Medikation, Dauer der Erkrankung, Zahl der depressiven Episoden; Informationen zur Vorerfahrung mit Akupunktur bzw. die Gründe für eine Ablehnung des Akupunkturangebots erhoben.

Ergebnisse

Patientenkollektiv

Alle 21 gescreenten Patienten der gerontopsychiatrischen Tagesklinik der psychiatrischen Universitätsklinik Tübingen erfüllten die Einschlusskriterien. Hiervon konnten 20 Patienten in die Studie eingeschlossen werden; eine Patientin lehnte die Teilnahme an der Studie aufgrund von Furcht vor dem Verfahren ab. 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.)

Die Charakteristik des Patientenkollektivs wird in **Tab. 1** dargestellt.

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

Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie

Zusammenfassung · Abstract

Z Gerontol Geriat DOI 10.1007/s00391-016-1047-8 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

J. Geib · M. A. Rieger · S. Joos · G. W. Eschweiler · F. G. Metzger

Implementierung von Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll bei geriatrischen Patienten mit einer depressiven Episode. Eine Machbarkeitsstudie mit gemischten Methoden

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.

Methoden. 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 semistruk-

turierte Interviews mit den Teilnehmern sowie dem therapeutischen Team geführt und qualitativ inhaltsanalytisch ausgewertet. Depressivität, Kognition, Schlafqualität und Lebensqualität wurden mittels validierter 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.

Schlüsselwörter

Depression · Gerontopsychiatrie · Akupunktur · Teilstationäre Behandlung · Machbarkeitsstudie

Implementation of auricular acupuncture by the NADA protocol in geriatric patients suffering from major depression. A mixed methods feasibility study

Abstract

Background. The number of elderly patients with depression has steadily increased in recent years; therefore, new treatment options and therapy approaches are urgently needed to improve treatment in this patient group. The aim of this project was to evaluate the additional application of auricular acupuncture according to the NADA protocol in patients treated in a daytime ward in terms of acceptability and feasibility.

Methods. A total of 20 psychogeriatric patients from a daytime clinic suffering from major depression (ICD-10: F32–F33) received auricular acupuncture in addition to the standard treatment three times per week

over a treatment course of 3 weeks. Semistructured interviews were conducted with the participants and the therapeutic team and qualitative content analyses were carried out. Depression, cognition, quality of sleep and quality of life were assessed using validated quantitative instruments.

Results. There was a 95 % utilization of the therapy. The qualitative analysis showed a high acceptance by all participants. The dominant perception by the patients was a positive expectation and conviction that acupuncture was an effective form of therapy without side effects, which could contribute to recovery. The majority of patients also felt that

there was an improvement in the symptoms. The quantitative analysis revealed significant improvements in the target parameters.

Conclusion. The acceptance of the intervention by the patients and the willingness of the interdisciplinary team underlines the feasibility of this implementation within a fixed therapeutic concept. The significant pre-post improvements indicated a potential benefit and should be verified in further efficacy studies.

Keywords

Depression · Psychogeriatrics · Acupuncture · Day clinic setting · Feasibility study

Therapieform ohne Nebenwirkungen handele, 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 Bereich 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 Nachtschlafs

Originalien

Tab. 1	Überk	olick übe	er die de mogi	raphischen Daten, Diagnos	sen, Erkrankung	gsdauer und	Behandlungsdaten der Studienteilneh	mer
Patient	t m/w	Alter	Diagnose	Nebendiagnosen	Dauer Er- krankung (Jahre)	Anzahl Episo- den	Medikation	Verweildauer in der Tagesklinik (Tage)
1	W	74	F33.1	aHT, Hypothyreose, Osteochondrose, LWS- Syndrom	14,0	3,5	Agomelatin 50 mg, Baldrian 2 Drg., Pipamperon 60 mg, Nebivolol 5 mg, L-Thyroxin 75 μg	51
2	W	73	F32.1	aHT, links betontes akinetisch-rigides Parkinson-Syndrom	1,0	1,0	Escitalopram 20 mg, Bupropion 300 mg, Valsartan 80 mg	56
3	m	73	F33.1	aHT, Hypothyreose, Hypercholesterinämie, BPH	6,0	5,0	Elontril 150 mg, Pregabalin 225 mg, Doxepin 10 mg, L-Thy- roxin 75 µg, Ezetimib/Simvastatin 5/10 mg, Tamsulosin 0,4 mg	53
4	W	62	F33.1	aHT, Hypothyreose, Hypercholesterinämie	10,0	2,5	Venlafaxin 75 mg, Quetiapin 12,5 mg, L-Thyroxin 125 μg, Olmes- artan 20 mg, Metoprolol 71,25 mg, Pantoprazol 40 mg, Atorvastatin 20 mg	51
5	m	62	F33.1	OSAS, Z. n. LE	14,0	10,0	Venlafaxin 225 mg	48
6	W	65	F33.1	Hypothyreose	1,0	1,0	Citalopram 20 mg, L-Thyroxin 50 µg	29
7	W	56	F32.2	Hypothyreose, Parkin- son-Syndrom	1,5	3,0	Bupropion 150 mg, Quetiapin 200 mg, Lithium 900 mg, Doxepin 25 mg, L-Thyroxin 75 μg, Ropinirol 8 mg	79
8	W	60	F33.1	aHT, Hypothyreose, Diabetes mellitus, sekundärer Hyperoara- thyreoidismus, NI	10,0	3,4	Risperidon 3 mg, Risperidon Depot 25 mg alle 14 Tage, Olanzapin 10 mg, Lorazepam 1 mg, Pipamperon 40 mg, Zopiclon 7,5 mg, L-Thyroxin 25 μg, Omeprazol 40 mg Vit. D 500 IE Ramipril 5 mg	24
9	W	54	F33.2		0,8	1,0	Mirtazapin 30 mg, Pregabalin 125 mg, Duloxetin 30 mg, Panto- prazol 20 mg	104
10	W	80	F32.1	Hyperthyreose, chro- nisch-venöse Insuffizi- enz, Refluxösophagitis, chron. Vit. B12-Mangel, Z. n.LE	0,5	1,0	Mirtazapin 30 mg, Pantoprazol 40 mg, Dabigatran 150 mg, No- vaminsulfon 2000 mg, Vit. B12 1000 μg alle 4 Wochen	52
11	m	63	F32.2		0,4	1,0	Bupropion 300 mg, Olanzapin 10 mg, Lithium 650 mg, Zopiclon 3,75 mg, Pantoprazol 40 mg	105
12	W	85	F32.1	pAVK, VHF, aHT, Diabetes mellitus, Hypothyreose	0,3	1,0	Bupropion 150 mg, Pregabalin 225 mg, Moxonidin 0,3 mg, Pantoprazol 20 mg, Candesartan 16 mg, Rivaroxaban 20 mg, Amlodipin 5 mg, Metformin 2000 ma.Bisoprolol 5 mg, Amilorid/HCT 5/50 mg, Glibenclamid 3,5 mg, Digoxin 0,25 mg, L-Thvroxin 125 µg	58
13	W	72	F33.1	aHT, Hypercholesteri- nämie, Hypothyreose	50,0	14,0	Imipramin 125 mg, Mirtazapin 45 mg, Pregabalin 225 mg, Que- tiapin 300 mg, Baldrian 3 Drg., Bisoprolol 5 mg, Enalapril 10 mg, L-Thyroxin 100 µg, Omeprazol 20 mg, Simvastatin 20 mg, Torase- mid 10 mg	113

Tab. 1	Überl	olick übe	er die demogi	raphischen Daten, Diagno:	sen, Erkrank	ungsdauer u <u>nd</u>	Behandlungsdaten der Studienteilnel	nmer (Fortsetzung)
Patient	: m/w	Alter	Diagnose	Nebendiagnosen	Dauer Er- krankung (Jahre)		Medikation	Verweildauer in der Tagesklinik (Tage)
14	W	74	F32.2	aHT, Asthma bron- chiale, rheumatoide Arthritis	30,0	5,5	Venlafaxin 187,5 mg, Agomelatin 25 mg, Quetiapin ret. 25 mg, Verapamil 240 mg, HCT 12,5 mg, Ramipril 5 mg, Prednisolon 5 mg, Leflunomid 20 mg, Formoterol/ Budesonid	66
15	w	69	F33.1	Diabetes mellitus, aHT, KHK, Z. n. SAB mit Kopfschmerz	25,0	6,0	Quetiapin 25 mg, Nortriptylin 75 mg, Lamotrigin 100 mg, Biso- prolol 2,5 mg, Simvastatin 20 mg, Omeprazol 40 mg, Prasugrel 10 mg, Triamteren/HCT 50 mg, Oxvcodon ret. 10/50 mg, Aspirin 100 mg, Insulin nach Blutzucker	85
16	W	75	F33.1	Chron. NI Stadium III, aHT, Hypothyreose	58,0	10,0	Olanzapin 2,5 mg, Escitalopram 5 mg, Zopiclon 3,75 mg, Aspi- rin 100 mg, Torasemid 5 mg, Pantoprazol 20 mg, L-Thyroxin 50 µg, Amlodipin 5 mg, Monoxidin 0,6 mg, Simvastatin 20 mg	25
17	W	76	F32.1	aHT, Coxarthrose	0,5	1,0	Bupropion 300 mg, Mirtazapin 30 mg, Aspirin 100 mg, Nebivolol 5 mg, Torasemid 5 mg, Valsartan 240 mg, HCT 6,25 mg	39
18	m	74	F32.1	aHT, KHK, intermittie- rende TAA	3,0	1,0	Escitalopram 10 mg, Pregabalin 150 mg, Aripiprazol 5 mg, Aspirin 100 mg	60
19	W	81	F33.1	Diabetes mellitus, aHT, KHK, Hypercholesteri- nämie, LWS-Svndrom, CLL	10,0	3,5	Venlafaxin 150 mg, Mirtazapin 30 mg, Aspirin 100 mg, Metformin 2000 mg, Lercanidipin 20 mg, Enal- april 20 mg, Simvastatin 20 mg, HCT 12,5 mg, Fentanyl-Pflaster 25 µg alle 3 Tage	85
20	W	85	F32.1	aHT, Spinalkanalste- nose, Hypercholesteri- nämie	0,5	1,0	Mirtazapin 15 mg, Duloxetin 30 mg, Lisinopril 5 mg, Simvastatin 20 mg, HCT 6,25 mg, Omeprazol 40 mg, Vit. B12 1000 μg	58
MW		70,7			11,8	3,8		62,1
SD		9,0			16,8	3,7		25,9

MW Mittelwert, SD Standardabweichung, aHT arterieller Hypertonus, LWS-Syndrom Lendenwirbelsaulen-Syndrom, BPH benigne Prostatahyperplas1e, OSAS obstruktives Schlafapnoesyndrom, pAVK periphere arterielle Verschlusskrankheit, VHF Vorhofflimmern, KHK Koronare Herzerkrankung, SAB Subarachnoidalblutung, NI Niereninsuffizienz, LE Lungenembolie, TAA Tachyarrhythmia absoulta, CLL Chronische lymphatische Leukämie, HCT Hydrochlorothiazid

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 Bereitschaft

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

Originalien

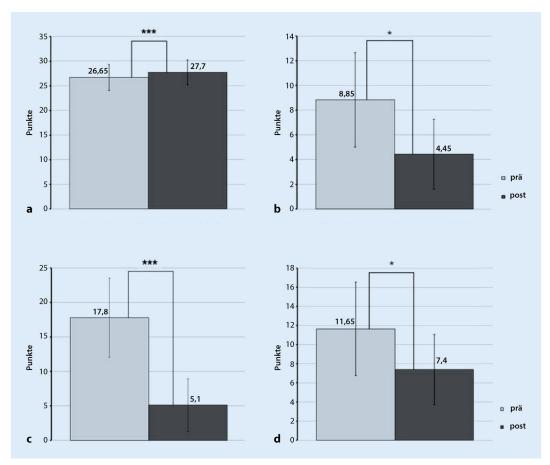


Abb. 1 ◀ Prä-Post-Vergleiche a Mini-Mental-Status-Examination, b Geriatric Depression Scale, c Hamilton Depression Scale, d Pittsburgh Schlafqualitäts-Index

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, sodass eine Öffnung des Angebots für Patienten, für die das NADA-Protokoll geeignet sein könnte, überlegt wurde.

Quantitative Daten

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 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 (\bullet Abb. 3): signifikante Verbesserung in der KSK (p=0,02) und hochsignifikant in der PSK (p<0,001).

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. Gängige Verfahren der Qualitätssiche-

Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie

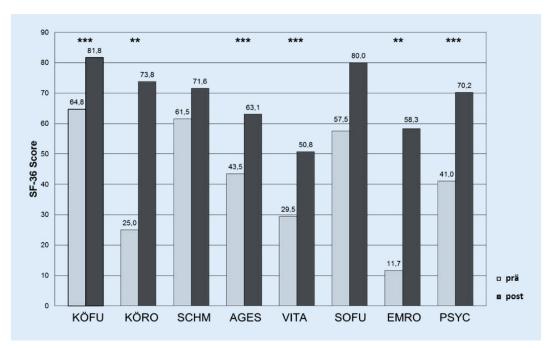


Abb. 2 ◀ Prä-post-Vergleich der Subskalen des SF-36 (Abkürzungen s. Text)

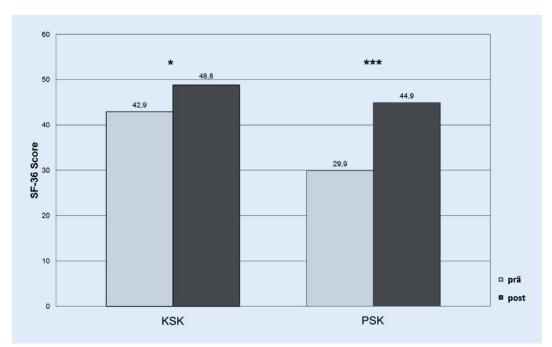


Abb. 3 ◀ Prä-Post-Vergleich Summenskalen SF-36 (Abkürzungen s. Text)

rung einer qualitativen Studie (z. B. kommunikative Validierung sowie Interdisziplinarität) wurden berücksichtigt und umgesetzt [1]. 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. Um den Anteil der Akupunktur an der Verbesserung zu definieren, sollte eine Wirksamkeitsstudie mit einer

entsprechenden Kontrollgruppe angeschlossen werden.

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 zeit-

Originalien

gleich 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.

Aus der Beobachtung, dass in allen Interviews mit einem nachhaltigen Behandlungserfolg der aktive Versuch bestand, sich auf die Ruhe/Entspannung zu konzentrieren, resultiert die Frage, ob es im Vorfeld ein Vorteil sein könnte, die aktive Mitarbeit der Teilnehmer in den Vordergrund zu stellen, um Therapieerfolge positiv beeinflussen zu können. Diese und die Frage, ob sich diese Tendenz in größeren Kohorten wiederfinden lässt bzw. es sich um ein gerontopsychiatrisches Spezifikum handelt, sollte in weiterführenden Studien untersucht werden

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.

Fazit für die Praxis

- Gute Annahme und Akzeptanz beim therapeutischen Team und Patienten, gute Durchführbarkeit.
- Verbesserung der Symptomatik bei der Mehrzahl der Befragten (quantitativ und qualitativ)
- Bei der Durchführung auf bestehendes Therapiekonzept Rücksicht nehmen und Entspannungseffekt der Akupunktur bei der Therapieplanung beachten.
- Durchführung durch Mitarbeiter des Pflegediensts als gleichwertig angesehen.
- Ambulante Inanspruchnahme von Integrierbarkeit in den Alltag, Erreichbarkeit und Wissen um ein entsprechendes Angebot abhängig.

Korrespondenzadresse



Dr. J. Geib
Klinik für Psychiatrie
und Psychotherapie,
Universitätsklinikum
Tübingen
Calwerstraße 14,
72076 Tübingen, Deutschland
janina.geib@med.unituebingen.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. J. Geib, M.A. Rieger, S. Joos, G.W. Eschweiler und F.G. Metzger geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Alle beschriebenen Untersuchungen am Menschen wurden mit Zustimmung der zuständigen Ethik-Kommission, im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung) durchgeführt. Von allen beteiligten Patienten liegt eine Einverständniserklärung vor. Die semistrukturierten Interviews wurden durch eine externe Psychologin geführt, um eine Verzerrung zu vermeiden. Die qualitative Datenauswertung des Interviewmaterials wurde durch zuvor geschulte, externe Hilfskräfte unterstützt.

Literatur

- Arain M, Campbell MJ, Cooper CL, Lancaster GA (2010) What is a pilot or feasibility study? A review of current practice and editorial policy. BMC Med Res Methodol 2010(10):67
- Berman AH (1999) Ear acupuncture as a complementary treatment for drug abuse; a controlled

- study of the NADA Acudetox method in prison. Swedish Prison and Probation Administration, Stockholm
- Berman AH, Lundberg U (2002) Auricular acupuncture in prison psychiatrics units: a pilot study. Acta Psychiatr Scand 2002(106):152–157
- Buysse DJ, Reynolds IIICF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ (1988) The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practise and research. Psychiatry Res 28(1988):193–213
- Eich H, Agelink MW, Lehmann E, Lemmer W, Klieser E (2000) Acupuncture in patients with minor depressive episodes and generalized anxiety. Results of an experimental study. Fortschr Neurol Psychiatr 68:137–144
- Esser AH, Botek ST, Gilbert C (1976) Acupuncture tonification: adjunct in psychiatric rehabilitation. Am J Chin Med 1976(4):73–79
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR (1975) Minimental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. JPsychiatr Res 12(3):189–198
- Geib J, Rieger MA, Joos S, Eschweiler GE, Dresler T, Metzger FG (2015) Research article: introduction of auricular acupuncture in elderly patients suffering form major depression: protocol of a mixed methods feasibility study. Biomed Res Int 2015:Article ID 678410
- Grüsser SM, Mörsen CP, Rau S et al (2005) Der Einfluss von Ohrakupunktur auf das Drogenverlangen und das emotionale Befinden bei Opiatabhängigen und nicht abhängigen Alkoholkonsumenten. Dtsch Z Akupunktur 48(2):20–27
- 10. Hamilton M (1960) A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 23:56–62
- 11. Hase M, Hase A (2014) Implementation of the NADA protocol in psychosomatic medicine: an accompanying study. Dtsch Z Akupunktur 57(4):12–15
- Kane J, Discipio W (1979) Acupuncture treatment of schizophrenia: report on three cases. Am J Psychiatry 136:297–302
- Karst M, Winterhalter M, Munte S et al (2007) Auricular acupuncture for dental anxiety: a randomized controlled trial. Anesth Analg 104:295–300
- Mayring P (2007) Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I (Hrsg) Qualitative Forschung – Ein Handbuch. Rowohlt, Hamburg
- Ogal H, Ogal M, Hafer J (2004) Beginn der Anxiolyse und Relaxation unter Ohrakupunktur. Dtsch Z Akupunktur 47(2):6–12
- Ots T, Payer K, Haas K (2001) Integrative Psychiatrie

 ein Jahr Modellversuch im stationären Bereich.
 Dtsch Z Akupunktur 44(4):279–282
- Payer K, Ots T, Marktl G, Pfeifer F, Lehofer M (2007) Patientenzufriedenheit mit der NADAOhrakupunktur auf einer psychiatrischen Station – eine Anwendungsbeobachtung. Dtsch Z Akupunktur 50(2):10–13
- Smith MO, Atwood T (1995) 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.
- Stuyt EB (2014) Ear acupuncture for co-occurring substance abuse and borderline personality disorder: an aid to encourage treatment retention and tobacco cessation. Acupunct Med 32(4):318–324
- Ware JE Jr (2005) SF-36 Health Servey (version 1.0) Australian Health Outcomes Collaboration (AHOC); Instrument Review. http://chsd.uow.edu. au/ahoc/documents/sf36review.pdf. Zugegriffen: 18.03.2013
- 21. Weidig W (2012) Akupunktur in Sucht und Psyche
 ein Update. Dtsch Z Akupunktur 55:15–11
- 22. Yarberry M (2010) The use of the NADA-Protocol for PTSD in Kenya. Dtsch Z Akupunktur 53(4):6–11
- Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO (1982) Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res 17(1):37–49

ORIGINALIA | ORIGINAL ARTICLES

DOI: 10.1016/J.DZA.2014.07.003 | 12 | DT. ZTSCHR. F. AKUPUNKTUR 57, 3/2014



W. Raith¹,², B. Resch¹,³, B. Urlesberger¹,²

Laserakupunktur als unterstützende Therapie beim Neugeborenen mit Entzugssyndrom aufgrund mütterlicher Substitutionstherapie: Erste Ergebnisse einer Pilotstudie

Laser acupuncture as adjuvant treatment of neonates suffering from abstinence symptoms due to maternal substitution therapy: initial findings from a pilot study

Diese Arbeit wurde auf der ICMART-Konferenz 2013 und dem 5. Intern. Johannes Bischko Symposioum mit dem 2. Platz ausgezeichnet.

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 eine 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 Körperakupunktur (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).

Schlüsselwörter

Neonatales Abstinenz-Syndrom, Laserakupunktur, NADA-Akupunktur

Summary

Background: Neonatal abstinence syndrome (NAS) is experienced by infants who were exposed to opioids such as morphine, methadone, codeine, and heroin in utero. The aim of the study was to investigate the effect of laser acupuncture therapy in neonates with NAS due to maternal substitution therapy.

Patients and Method: This is a prospective, randomised, observer blinded, mono-centric study performed at the division of neonatology at the university teaching hospital, Graz. Laser acupuncture was performed with a III b laser. Laser acupuncture therapy following a standardised protocol based on the five ear points of the NADA-protocol combined with body acupuncture (Large Intestine 4, Heart 7, Kidney 3, Liver 3), bilaterally.

Results: Since the start of the pilot study (2008–5/2012) we evaluated 20 neonates with NAS due to maternal substitution therapy

Conclusion: Neonates with NAS due to maternal substitution therapy undergoing a combined laser acupuncture therapy of the ear and the body, require a statistically significant shorter oral morphine therapy than neonates with NAS without laser acupuncture therapy (IG = 28.4 days vs. CG = 39.8 days, p < 0.05).

Keywords

Neonatal abstinence syndrome, laser acupuncture, NADA acupuncture

Einführung

Schon lange ist das Entzugssyndrom beim Neugeborenen (NAS = Neonatales Abstinenz-Syndrom) bekannt [1–3]. Ein NAS tritt bei Neugeborenen auf, deren Mütter in der Schwangerschaft einen Drogenabusus betrieben oder unter Substitutionstherapie standen [4, 5].

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 typischen klinischen Symptome sind [6]:

- Zentralnervöse Symptome: Irritabilität, exzessives und schrilles Schreien/Weinen, Unruhe, Hyperaktivität, Schlaflosigkeit, gesteigerte Reflexe, Tremor, erhöhter Muskeltonus, Myoklonismen, Krampfanfälle.
- 2. Gastrointestinale Symptome: gesteigertes gieriges Saugen, Trinkschwäche, Spucken, Refluxsymptomatik, Diarrhö bis wässrige Stühle.
- 3. Respiratorische Symptome: Nasenflügeln, Tachypnoe, respiratorische Alkalose, Zyanose, Apnoe.
- Vegetative Symptome: Schniefende Nase, Gähnen, Schwitzen, Hyperpyrexie.

☑ OA Dr. Wolfgang Raith Klinische Abteilung für Neonatologie Univ. Klinik für Kinder-und Jugendheilkunde Medizinische Universität Graz Auenbruggerplatz 30 A-8036 Graz Tel.: +43 316 385 80599 Fax: +43 316 385 2678 wolfgang.raith@klinikum-graz.at ¹Klinische Abteilung für Neonatologie, Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Medizinische Universität Graz; ²Forschungsgruppe für Traditionelle Chinesische Medizin in der Pädiatrie des TCM Forschungszentrum Graz; ³Forschungseinheit für Epidemiologie und Neonatale Infektionen

ORIGINALIA ORIGINAL ARTICLES

W. RAITH B. RESCH LASERAKUPUNKTUR ALS UNTERSTÜTZENDE THERAPIE BEIM NEUGEBORENEN MIT ENTZUGSSYNDROM AUFGRUND MÜTTERLICHER SUBSTITUTIONSTHERAPIE: ERSTE ERGEBNISSE EINER PILOTSTUDIE

B. URLESBERGER

Die klinische Einschätzung erfolgt mittels eines eigenen Scoring-Systems. International hat sich hauptsächlich der von Loretta Finnegan entwickelte Finnegan Score etabliert [7]. Dieser bzw. die in den USA [8] häufig verwendeten modifizierten Scores [9] gelten als anerkannt und aussagekräftig, da eindeutig das "gesunde" Neugeborene als unauffällig beurteilt werden kann [10] und zudem auch kein geschlechtsspezifischer Unterschied besteht [11]. Die Therapie eines NAS folgt in der Regel einem multimodalen Regime, basierend auf einer medikamentösen Therapie [12]. Als Therapie der ersten Wahl beim NAS wird eine oral verabreichte Morphinlösung empfohlen [13–15]. Erhielt die Kindesmutter zusätzlich zur Substitutionstherapie eine unterstützende medikamentöse Therapie mit anxiolytischen oder sedierenden Medikamenten, hat sich die zusätzliche medikamentöse Therapie des Neugeborenen mit einem Sedativum als vorteilhaft erwiesen. Die Neugeborenen scheinen hinsichtlich einer kürzeren Entzugsdauer sowie im Hinblick auf die neurologische Entwicklung von der zusätzlichen Gabe eines Sedativums zu profitieren [16, 17]. Allein im Jahr 2012 finden sich hierzu in der PubMed - U.S. National Library of Medicine knapp über 100 neue Manuskripte (Suchmodus: neonatal abstinence syndrome-2012). Die optimale Substitutionstherapie für die Schwangere [18-20] sowie die optimale Therapie des an den Entzugssymptomen leidenden Neugeborenen sind immer wieder Gegenstand von durchaus kontroversen wissenschaftlichen Diskussionen [21-23]. Vereinzelt finden sich Studien mit einem ganzheitlichen Therapieansatz [24] bzw. Unterstützung mittels Akupunktur [25, 26].

Akupunktur in der Suchtmedizin ist keinesfalls neu. 1973 veröffentlichte der Hongkonger Neurochirurg Dr. Wen seine Erfahrungen mit der suchtlindernden Wirkung der Ohrakupunktur [27]. Diese Erfahrungen wurden vom Psychiater Dr. Michael Smith und Mitarbeitern der Drogenambulanz des staatlichen Lincoln Hospitals, New York, weiterentwickelt [28]. Grundlage des Protokolls ist die Kombination von fünf Akupunkturpunkten im Ohr [29-31]. Es zeigte sich, dass diese Art von Ohrakupunktur unabhängig von der Art des Suchtmittels wirksam war [32, 33]. Dieses Behandlungprotokoll 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 [34]. 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 [35-37].

Bedingt durch das im Vergleich zum Erwachsenen eher kleinere Indikationsspektrum und durch die Nadelaversion besaß die praktische Ausübung der Akupunktur bei Kindern im therapeutischen Regime der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) keinen großen Stellenwert. Der Schwerpunkt der Behandlung von Kindern lag viel mehr auf Massagen (Tuina), Ernährung gemäß den Fünf Wandlungsphasen, sowie der Arzneimitteltherapie. Wenn eine Akupunkturbehandlung durchgeführt wurde, beschränkte diese sich meistens auf die kurz dauernde Sofortnadeltechnik, da erst ab einem gewissen Alter das Liegenlassen der Akupunkturnadel akzeptiert wird [38]. In der Vergangenheit fınden sich daher nur vereinzelt Publikationen [39-40] zu diesem Thema. In den letzten Jahren hat aber das Interesse an komplementärmedizinischen Behandlungen insgesamt und auch an der Akupunkturbehandlung von Kindern deutlich zugenommen [41–43]. Die Akupunktur bei Kindern gilt als effektiv und sicher, vorausgesetzt sie wird unter standardisierten Bedingungen von gut ausgebildeten AkupunkteurInnen angewendet [44, 45]. Durch die Entwicklung der Laserakupunktur erschlossen und erschließen sich in der Behandlung von Kindern neue Dimensionen [46–48]. Dadurch ergibt sich ein nicht-invasiver therapeutischer Ansatz und zusätzlich kann das, wenn auch nur geringe, aber doch bestehende, Infektionsrisiko ausgeschlossen werden [49–52]. Wenn auch bisher nur vereinzelt, so wird die Akupunktur im Säuglingsalter [53] als Sofortnadelungstechnik [54] (die Nadel wird sofort nach dem Einstich wieder entfernt) bei der infanti-

positiven Therapieerfolg berichten. Es gibt bislang nur wenig Literatur zur Laserakupunktur bei Neugeborenen, die sich mit den peripheren und zentralen Veränderungen unter der Akupunktur beschäftigt. Vor allem bei Früh- und Neugeborenen, deren Haut insgesamt dünn ist und zudem physiologische und histologische Besonderheiten aufweist [58], ist die potenzielle Gefahr der Hautschädigung von besonderer Bedeutung. Basierend auf erst kürzlich publizierten wissenschaftlichen Untersuchungen [59] erscheint die Erwärmung der Haut durch Laserakupunktur im Vergleich zu den lokalen Temperaturen, die bei der Anwendung der transkutanen Blutgasmessung erreicht werden, ohne Risiko [60], allerdings ist die Datenlage dazu noch nicht sehr groß.

len Kolik angewendet. Neben einzelnen Fallberichten finden sich

hierzu bereits randomisierte Studien [55-57], die über einen

Über eine Akupunkturbehandlung beim Neugeborenen mit NAS gibt es bisher nur Ansätze in der Literatur sowie vereinzelte Fallberichte. Studienergebnisse wurden bisher noch nicht veröffentlicht [61, 62]. Über eine Akupressurbehandlung von Neugeborenen mit NAS [63] bzw. eine akupunkturgestützte Therapie der abhängigkeitskranken schwangeren Frau [26, 64, 65] finden sich vereinzelt Berichte, die einen positiven Effekt dieser Therapie zeigen, bei der Reduzierung der medikamentösen Therapie des Neugeborenen mit NAS bisher aber über keine nennenswerte Erfolge berichten konnten.

Zielsetzung

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

Methode

Probanden: Die Studie wird an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Klinische Abteilung für Neonatologie durchgeführt. Bei den Probanden handelt es sich um Neugeborene mit NAS aufgrund einer mütterlichen Substitutionstherapie. 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, monozentrische 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. Dieser Score erfasst mit 20 verschiedenen Punkten fast alle klinischen Facetten und gewichtet die verschiedenen Einzelsymptome unterschiedlich. Maximal sind 45 Punkte erzielbar [66]. Die Modifizierung der Morphintherapie erfolgt anhand eines in Abhängigkeit zum Score stehenden standardisierten Schemas.

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.

Der die Akupunktur ausführende Arzt ist Arzt für Allgemeinmedizin sowie Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde, mit dem Zusatzfach Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin und besitzt das Ärztekammerdiplom für Akupunktur sowie das österreichische Diplom für NADA-Akupunktur.

Die Neugeborenen mit NAS beider Gruppen wurden jeden Tag in einen eigenen Behandlungsraum zum Akupunkturarzt gebracht. Weiteres Personal war nicht anwesend. Der Akupunkteur 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 Laser therapiert worden war oder nicht.

Akupunkturtherapie

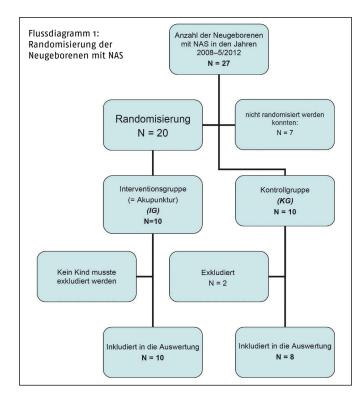
Es wurden die Punkte bzw. Areale des NADA-Protokolls eingesetzt. Ohrakupunkturpunkte: Vegetativum = Punkt 51, *Shen Men* = Punkt 55, Niere = Punkt 95, Leber = Punkt 97, Lunge = Punkt 101



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

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 anhand eines standardisierten Protokolls – beginnend immer an den Ohren (rechtes Ohr zuerst), gefolgt von der Körperakupunktur, ebenfalls beginnend an der rechten Körperseite – entsprechend



der genannten Punkte von oben nach unten – beidseits durchgeführt.

Die Laserakupunktur wird in ruhigem Zustand – ca. 1 h nach dem Füttern und der Gabe von Morphiumlösung 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 [67], an den Körperakupunkturpunkten beträgt die Behandlungsdauer/Akupunkturpunkt 60 sec.

Die Allgemeinen Sicherheitsvorkehrungen zum Schutz der Augen wurden eingehalten [68].

War keine Kontraindikation vorhanden, war Stillen nach Beendigung der medikamentösen Therapie erlaubt. [69]

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

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 posi-

ORIGINALIA ORIGINAL ARTICLES

W. RAITH B. RESCH LASERAKUPUNKTUR ALS UNTERSTÜTZENDE THERAPIE BEIM NEUGEBORENEN MIT ENTZUGSSYNDROM AUFGRUND MÜTTERLICHER SUBSTITUTIONSTHERAPIE: ERSTE ERGEBNISSE EINER PILOTSTUDIE

B. URLESBERGER

tiv). Beim zweiten Kind hatte der Alkoholkonsum der Mutter während der gesamten Schwangerschaft - im Verhältnis zur Substitutionstherapie – deutlich im Vordergrund gestanden, sodass die Diagnose diese 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 Basisidaten der Neugeborenen beider Gruppen besteht kein Unterschied.

Bei den Ergebnissen gibt es keinen Unterschied in der Höhe des max. Finnegan Scores und der Höhe der maximalen Morphineinzeldosis. Unterschiede zeigten sich aber bereits, wann der höchste Finnegan Score gemessen werden konnte: die Neugeborenen der IG hatten am Tag 3,2 den höchsten Score, die Kinder der KG am Tag 5,2 - allerdings ist dieser Unterschied statistisch nicht signifikant.

Ein deutlicher und statistisch signifikanter Unterschied (p < 0.05) zwischen beiden Gruppen ist aber sowohl in der Dauer der Morphintherapie (IG = 28,4 Tage vs. KG = 39,8 Tage) und der Länge des stationären Aufenthaltes (IG = 35 Tage vs. KG = 48 Tage) zu sehen.

TABELLE 1	Neonatale Daten der eingeschlossenen Neugeborenen mit NAS beider Gruppen				
N	2	0			
	Interventionsgruppe (Akupunktur)	Kontrollgruppe			
N m/w	10 6/4	8 3/5			
mittleres Geburtsgewicht	2914 (g) (1.740-3.600)	2715 (2.170–3.112)			
Small for date	2	3			
Reif-/Frühgebu	rt 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 2	Ergebnisse der bisher ausgew	verteten Neugeborenen		
		IG – Interventionsgruppe (Akupunktur)	KG - Kontrollgruppe	
	N m/w	10 6/4	8 3/5	
	mittlerer Finnegan Score Tag der Therapie	17,8 3,2 Tag	18,2 5,2 Tag	p > 0,05 p > 0,05
	der Morphinlösung (0,4 mg/kg) Tag der Therapie	0,16 mg/kg 5,2 Tag	0,17 mg/kg 6,8 Tag	p > 0,05 p > 0,05
	orphintherapie Dauer in Tagen	28,4 0-40	39,8 24-57	p < 0,05
Länge o	les Spitalaufenthalts	35 19 – 60	48 35-63	p < 0,05

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 [70] 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.

Der Sinn einer Anwendung der Ohrakupunktur beim Säugling wird auch durch die bisher vorliegenden wissenschaftlichen Arbeiten über die aktiven Ohrakupunkturpunkte bei Säuglingen unterstützt, die besagen, dass bereits beim Säugling "aktive" Ohrakupunkturpunkte zu identifizieren sind. Zusammenfassend lassen sich die meisten Punkte bei Neugeborenen im Bereich der Vegetativen Rinne und bei Organpunkten (z. B. Ösophagus, Harnblase, Lunge ...) finden. Der Gesundheitszustand des Neugeborenen korreliert mit der Anzahl der zu identifizierenden Punkte - je kränker ein Neugeborenes war, desto mehr aktive Ohrpunkte waren nachweisbar [71-73]. Zusätzlich lassen sich bisher nur beim Neugeborenen mit NAS auch

> sogenannte psychische Punkte identifizieren [74]. Die identifizierten psychischen Ohrpunkte sind: Frustrations-Punkt, R-Punkt und das Psychotrope Areal nasal am Lobulus unter der Incisura intertragica [75, 76]. Der Nachweis dieser sogenannten aktiven Ohrpunkte in all diesen Studien erfolgt mittels eines Punktsuchgerätes.

> Das Behandlungssetting nach dem NADA-Protokoll benutzt



TABELLE 3	Übersicht über die Substitutionstherapie und den Beikonsum (inkl. Nikotinabusus) der Mütter, der randomisierten Neugeborenen mit NAS, während der Schwangerschaft				
Sı	ubstitutionstherapie währe	nd der Schwangerschaf	t		
		Interventionsgruppe (Akupunktur) N = 10	Kontrollgruppe N = 8		
M	lethadon	1	1		
Substitol (Morph	ninsulfat-Pentanhydrat)	3	4		
Compensan (Morp	hinhydrochlorid-Trihydrat)	4	3		
Subutex	(Buprenorphin)	2	-		
Beiko	onsum + Nikotinabusus wä	hrend der Schwangersch	haft		
Ben: An	i rfachnennung möglich) zodiazepine algetikum depressivum	2 4 8	3 3 4		
Nik	otinabusus				
	0	2	1		
	< 10	4	4		
	< 10	4	3		

ausschließlich Ohrakupunktur [77]. In dem von uns erarbeiteten Protokoll haben wir die Ohrakupunktur zusätzlich mit Körperakupunktur 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 "ererbt" hat, da die Mutter durch die chronische Drogenkrankheit schon primär geschwächt ist. Diesbezüglich und unterstützt durch die Publikation von Janet Konefal et al. [78] 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. Eine wesentliche Einschränkung unserer Studie ist die bisher kleine Fallzahl. Zum einem ist die Anzahl der Neugeborenen mit NAS in Österreich selbst [79, 80], verglichen mit anderen europäischen oder nordamerikanischen Staaten [81] erfreulicherweise sehr gering. Aufgrund der positiven Tendenzen dieses Pilotprojektes und um die Fallzahl zu erhöhen und dadurch statistisch aussagekräftigere Ergebnisse zu erhalten, wurde diese Studie nun als randomisierte klinische Studie im Deutschen Register Klinischer Studien angemeldet.

Eine weitere Einschränkung könnte in der unterschiedlichen Medikation der schwangeren Frau zu sehen sein. Dies spiegelt sich auch in den Substitutionsmedikamenten der Mütter unserer Studienkinder wider. In Tabelle 3 sind die unterschiedlichen Substitutionspräparate sowie der Beikonsum und der Nikotinabusus während der Schwangerschaft zusammengefasst.

Die Diskussion über die Auswirkung der unterschiedlichen Medikation inkl. Beikonsum und Nikotinabusus [82–84] ist natürlich berechtigt, allerdings zeigen die bisherigen Erfahrungen mit NADA-Akupunktur, dass diese Art von Ohrakupunktur unabhängig von der Art des Suchtmittels wirksam ist [85, 86]. 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 signifikant (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.

Bezüglich der Höhe der Substitutionsmedikation der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes und der daraus resultierenden Schwere des NAS bestehen in der Literatur kontroverse Ansichten. [87–89] Für unsere Studienpopulation lassen sich aufgrund der kleinen Fallzahl zurzeit keine Aussagen treffen. Zudem finden sich zu diesem Thema hauptsächlich Studien über Methadon und die Schwere des NAS, und in unserer Studienpopulation findet sich bisher nur je ein Kind/pro Studiengruppe wieder. Über die Auswirkungen der anderen Substitutionsmedikamente gibt es bisher nur vereinzelt Literatur [20].

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

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

- Zelson C, Rubio E, Waserman E. Neonatal narcotic addiction: 10 year observation. Pediatrics. 1971;Aug;48(2):178–89
- Finnegan LP: The effects of narcotics and alcohol on pregnancy and the newborn. Ann NY Acad Sci 1981;36:136-57
- Madden J. D., Payne T. F., Miller Sue: Maternal Cocaine Abuse and Effect on the Newborn Pediatrics 1986; Vol. 77 No. 2 February; 209–11
- O'Donnell M, Nassar N, Leonard H, Hagan R et Al. Increasing Prevalence of Neonatal Withdrawal Syndrome: Population Study of Maternal Factors and Child Protection Involvement. s. l.: Pediatrics, 2009:123:614–21

ORIGINALIA ORIGINAL ARTICLES

W. RAITH

- B. RESCH
- B. URLESBERGER

LASERAKUPUNKTUR ALS UNTERSTÜTZENDE THERAPIE BEIM NEUGEBORENEN MIT ENTZUGSSYNDROM AUFGRUND MÜTTERLICHER SUBSTITUTIONSTHERAPIE: ERSTE ERGEBNISSE EINER PILOTSTUDIE

- Ilana B. Crome, Manoi T. Kumar, Epidemiology of drug and alcohol use in young women, s.l.: Seminars in Fetal & Neonatal Medicine, 2007;12:98–105
- Finnegan LP, Connaughton JF Jr, Kron RE et al. Neonatal abstinence syndrome: assessment and management. s. l. : Addict Dis, 1975;2:141-58
- Finnegan LP: A scoring system for evaluation and treatment of neonatal abstinence syndrome: A new clinical and research tool. In Morselli PL, Garattini S, and Sarani F (eds.): Basics and
- Therapeutic Aspects of Perinatal Pharmacology, 1975. Raven Press New York American Academy of Pediatrics, Committee on Drugs. Neonatal drug withdrawal. Pediatrics. 1998:101(6):1079-88
- Finnegan LP. Neonatal abstinence. In: Nelson NM, ed. Current Therapy in Neonatal-Perinatal Medicine, 2nd ed. Toronto, Ontario: BC Decker Inc: 1990
- Zimmermann-Baer U, Nötzli U, Rentsch K, Bucher HU. Finnegan neonatal abstinence scoring system: normal values for first 3 days and weeks 5-6 in non-addicted infants. Addiction. 2010 Mar;105(3):524-28
- Holbrook A, Kaltenbach K, Gender and NAS; does sex matter? Drug Alcohol Depend, 2010 Nov 1;112(1-2):156-59
- Johnson K. Gerda C. Greenough A. Treatment of neonatal abstinence syndrome, Arch Dis Child
- Fetal Neonatal Ed., 2003 Jan; 88[1]:2–5 Osborn DA, Jeffery HE, Cole M. Opiate treatment for opiate withdrawal in newborn infants. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Oct 6;10:CD002059
- 14. American Academy of Pediatrics Committee on Drugs. Neonatal drug withdrawal. Pediatrics., 1998 Jun;. 101(6):1079–88
- Hudak ML, Tan RC; Committee on Drugs; Committee on Fetus and Newborn; American Academy of
- Pediatrics. Neonatal drug withdrawal. Pediatrics. 2012 Feb;129(2):e540-60 Coyle MG, Ferguson A, Lagasse L, et al. Diluted tincture of opium (DTO) and phenobarbital versus 16.
- DTO alone for neonatal opiate withdrawal in term infants. S. I.: J Pediatr., 2002 May;140(5):561-4
 Osborn DA, Jeffery HE, Cole MJ. Sedatives for opiate withdrawal in newborn infants. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Oct 6;10:CD002053 Jones HE, Heil SH, Baewert A, Arria AM, Kaltenbach K, et al. Buprenorphine treatment of
- 18.

- Jones HE, Kim SR, Baewett A, Arila Aink, Radienbach K, et al. Bupterionly interfaction to opioid-dependent pregnant women: a comprehensive review. Addiction. 2012 Nov;107 Suppl 1:5–27 Metz V, Köchl B, Fischer G. Should pregnant women with substance use disorders be managed differently? Neuropsychiatry (London). 2012 Jan 25;2(1):29–41 Jones HE, Kaltenbach K, Heil SH, Stine SM, Coyle MG, et al. Neonatal abstinence syndrome after methadone or buprenorphine exposure.N Engl J Med. 2010 Dec 9;363(24):2320–31 Agthe AG, Kim GR, Mathias KB, Hendrix CW, Chavez-Valdez R et al. Clonidine as an Adjunct
- Aguir Ad, min da, Maunas ad, Irindia CV, Care Talack Co. Com-Therapy to Opioids for Neonatal Abstinence Syndrome: A Randomized, Controlled Trial : Pediatrics, 2009 May. 123(5): e849–e856
- Kraft WK, Gibson F, Dysart K, Damle VS, Larusso JL, et al. Sublingual Buprenorphine for Treatment
 of the Neonatal Abstinence Syndrome: A Randomized Trial. s.l.: Pediatrics, 2008 September. 122(3):
- Beaulieu MJ. Oral clonidine in the management of acquired opioid dependency. Neonatal Netw. 2013 Nov-Dec;32(6):419-24 van Sleuwen BE, Engelberts AC, Boere-Boonekamp MM, Kuis W, Schulpen TW, et al. Swaddling: a
- systematic review, Pediatrics. 2007 Oct;120(4):e1097–106

 Janssen P, Demorest LC, Kelly A, Thiessen P, Abrahams R. Auricular acupuncture for chemically
- 25. dependent pregnant women: a randomized controlled trial of the NADA protocol. Subst Abuse Treat Prev Policy. 2012 Dec 23;7(1):48
- Raben R. Carola S. heroinabhängig Akupunktur in einem Fall chronischer Drogenabhängigkeit. Dt Ztschr f Akup. 2004;47,3:38–41
- Wen H, Cheung S. Treatment of drug addiction by acupuncture and electrical stimulation. Asian Journal of Medicine 1973;9:138–41 27.
- Smith M0. Acupuncture treatment for crack: clinical survey of 1 500 patients treated. Am J Acup.
- Berman AH, Lundberg U.: Auricular acupuncture in prison psychiatric units: a pilot study. Acta Psychiatr Scand. 2002;106:152–57 29.
- 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;22:71–7
- Avants SK, Margolin A, Holford Th, Kosten ThR.: A randomized controlled trial of auricular acupuncture for cocaine dependence. Arch. Intern. Med. 2000;160:2305–12 31.
- Bullock M, Culliton P, Olander R. Controlled trial of acupuncture for severe recidivist alcoholism. Lancet 1989;1:1435-39
- Bier IA, Wilson J, Studt P, Shakleton M. Auricular acupuncture, education and smoking cessation: A randomized, sham-controlled Trial. Am. J. Public Health 2002;92:1642–47
- Marx HG. Medikamentenfreie Entgiftung von Suchtkranken. Bericht über den Einsatz von Akupunktur. Suchtgefahren 1984;30-4
- Raben R. Behandlung von Drogenabhängigen mit Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll. In: Zerdick J, (ed). Entwicklungen in der Suchtmedizin.
- Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, 1999:399–408 http://www.nada-akupunktur.at/
- Voyles C. NADA: Celebrating 20 Years. Acupuncture today. 2005;6(10): www.acupuncturetoday.com/mpacms/at/article.php

- Loo M. Akupunktur bei Kindern. Urban & Fischer Verlag 2007 Cao J, Su X. Essentials of Traditional Chinese Pediatrics. Beijing, Foreign Language Press, 1900
- Hou JL, Geng C. Treatment of Pediatric Diseases in Traditional Chinese Medicine. Beijing: Academy Press, 1995 40.
- Tsao JC, Meldrum M, Bursch B, Jacob MC, Kim SC, Zeltzer LK, Treatment expectations for CAM interventions in pediatric chronic pain patients and their parents. Evid Based Complement Alternat Med. 2005:2:521-27
- Kemper KJ, Sarah R, Silver-Highfield E, Xiarhos E, Barnes L, Berde C. On pins and needles? Pediatric pain patients' experience with acupuncture. Pediatrics 2000;105:941–47 Scott J, Barlow T. 1. Akupunktur in der Behandlung von Kindern. Kötzting: Verlag für
- Ganzheitliche Medizin, 2003
- Adams D, Cheng F, Jou H, Aung S, Yasui Y, Vohra S. The safety of pediatric acupuncture: a
- systematic review. Pediatrics. Dec. 2011;128(6):1575–87 Gentry KR, McGinn KL, Kundu A, Lynn AM. Acupuncture therapy for infants: a preliminary report on reasons for consultation, feasibility, and tolerability. Paediatr Anaesth. Dec 6, 2011; doi: 10.1111/j.1460-9592.2011.03743.x
- Bahn J., Küblböck J. Laserstrahlen in der Akupunktur, Maudrich-Verlag 1997 Pöntinen P, Pothmann R. Laser in der Akupunktur. 3. Auflage. Stuttgart: Hippokrates, 2005
- Pothmann R, Meng CA. Akupunktur in der Kinderheilkunde, 2. Auflage. Stuttgart: Hippokrates 2002 Pothmann R. Was ist möglich mit Akupunktur und releated Techniques sowie Diätetik und
- Chinesischer Arzneitherapie bei Kindern? Dt Ztschr f Akup. 2008;51,1:32-43

- Ernst E, White A. Life-threatening adverse reactions after acupuncture? A systematic review. Pain 1997; 71:123–26
- Peuker ET, White A, Ernst E, Pera F, Filler TJ. Traumatic complications of acupuncture: therapists need to know human anatomy. Arch Fam Med 1999;8:553–58
- Raith W, Litscher G, Müller W, Urlesberger B. Laseracupuncture a possible alternative treatment for agitation and pain in neonates? Paediatr Anaesth. 2013;Feb;23(2):205–6
- 53. Thiel MT, Stockert K. Acupuncture and Neonatology, Journal of Chinese Medicine. 2011;97, October: pp. 50-3
- Ogal M. Nabelkolik eines Säuglings. Dt Ztschr f Akup. 2008;3:44–6
 Skjeie H, Skonnord T, Fetveit A, Brekke M. A pilot study of ST36 acupuncture for infantile colic. Acupunct Med. 2011:Jun:29(2):103-7
- 56. Landgren K, Kvorning N, Hallström I. Acupuncture reduces crying in infants with infantile colic: a randomised, controlled, blind clinical study. Acupunct Med. 2010;Dec;28(4):174–79
 57. Reinthal M, Andersson S, Gustafsson M, Plos K, Lund I, et al. Effects of minimal acupuncture in
- children with infantile colic a prospective, quasi-randomised single blind controlled trial. Acupunct Med. 2008 Sep;26(3):171–82
- Höger P. Hamm H. Pädiatrische Dermatologie, Eds. H. Traube; Hamm H; XIII; Springer; 2006:10-7
- Raith W, Litscher G, Sapetschnig I, Bauchinger S, Ziehenberger E, et al. Thermographical measuring of the skin temperature using laser needle acupuncture in preterm neonates. Evid Based Complement Alternat Med. 2012;2012:614210. doi: 10.1155/2012/614210. Epub 2012 May 14
- Poets CF, Martin R. Noninvasive determination of blood gases. In: Stocks J, Sly PD, Tepper RS, Morgan WJ (Hrsg), eds. Infant respiratory function testing. New York: AJ Wiley & Sons, 1996:411-44
- Golianu B, Krane E, Seybold J, Almgren C, Anand KJ. Non-pharmacological techniques for pain management in neonates. Semin Perinatol. 2007 Oct;31(5):318–22
- 62. Raith W, Pichler G, Zotter H et al. Detection of psychic ear acupuncture points in a newborn infant with neonatal abstinence syndrome. J Altern Complement Med. 2010 Apr;16(4):345-6
- Schwartz L, Xiao R, Brown ER, Sommers E. Auricular Acupressure Augmentation of Standard Medical Management of the Neonatal Narcotic Abstinence
- Syndrome. Medical Acupuncture, Volume 23, Number 3, 2011, 175–86

 Janssen P, Demorest LC, Kelly A, Thiessen P, Abrahams R. Auricular acupuncture for chemically dependent pregnant women: a randomized controlled trial of the NADA protocol. Subst Abuse Treat Prev Policy, 2012 Dec 23;7(1):48 [Epub ahead of print]
- http://clinicaltrials.gov/show/NCT00225316
- Finnegan LP, Connaughton JF Jr, Kron RE, et al. Neonatal abstinence syndrome: assessment and management. Addict Dis. 1975. 2:141–58 Angermaier M. Leitfaden Ohrakupunktur. Mit allen französischen und chinesischen Punkten.
- Angermaier M. Leitfaden Unrakupunktur. Mit alien französischen und ehinesischen Punkten. Elsevier, Germany Munich, 2007, s42
 Raift W, Schmölzer G.M., Resch B, Seewann M, Müller W, et al. Laserakupunktur als Therapie bei ausgeprägter Unruhe bei einem ehemaligen Frühgeborenen der 28. Schwangerschaftswoche. Dt Ztschr f Akup. 2008;51,3:33–6
- Wachman EM, Byun J, Philipp BL. Breastfeeding rates among mothers of infants with neonatal abstinence syndrome. Breastfeed Med. 2010 Aug;5(4):159–64
- Hudak ML, Tan RC; Committee on Drugs; Committee on Fetus and Newborn; American Academy of Pediatrics. Neonatal drug withdrawal. Pediatrics. 2012 Feb;129(2):e540–60
- van Amerongen KS, Blattmann CF, Kuhn A, et al. Ear Acupuncture Points in Neonates. J Altern Complement Med. 2008 Jan-Feb;14,1:47-52
- Stähler van Amerongen K, Schneider H, Nelle M. Akupunkturpunkte am Ohr bei neugeborenen Zwillingen und deren Müttern. Schmerz Akupunktur 2003;3:4–8
- Stähler van Amerongen K, Kuhn A, Surbeck D, et al. Akupunkturpunkte am Ohr bei neugeborenen Drillingen. Z Geburtsh Neonatologie 2007;211:87–89
- Raith W, Pichler G, Zotter H et al. Detection of psychic ear acupuncture points in a newbwith neonatal abstinence syndrome. J Altern Complement Med. 2010 Apr;16(4):345–6
- Raith W, Kutschera J, Müller W, Urlesberger B. Active ear acupuncture points in neonates with neonatal abstinence syndrome (NAS). Am J Chin Med. 2011;39(1):29–37
- Raith W, Kutschera J, Müller W, et al. Ear acupuncture points in neonates with neonatal abstinence syndrome due to maternal substitution therapy. Z Geburtshilfe Neonatol. 2010 Jun; 214(3):103–107. Epub 2010 Jun 22. German Smith MO, Khan I. An Acupuncture Programme for the Treatment of
- Drugaddicted Persons. Bulletin on Narcotics 1988; 40,1: 35–41 Konefal J, Duncan R, Clemence C. Comparison of Three Levels of Auricular Acupuncture in an Outpatient Substance Abuse Treatment Program. Alternative Medicine Journal, 1995, Vol. 2(5):8-17
- Sapetschnig, I. Vorgehen beim Neonatalen Abstinenzsyndrom: Ergebnisse einer nationalen Umfrage (Diplomarbeit/Master Thesis) Medical University of Graz; 2011. pp.54
- Rohrmeister K., Weninger M. Neugeborene drogenabhängiger Mütter. Monatsschrift Kinderheilkunde, 2006;154;79–89, DOI: 10.1007/s00112-004-1273-1274
- O'Donnell M, Nassar N, Leonard H, Hagan R, et al. Increasing Prevalence of Neonatal Withdrawal Syndrome: Population Study of Maternal Factors and Child Protection Involvement. Pediatrics. 2009:123:614-21
- 82. Hughes JR, Higgins ST, Bickel WK. Nicotine withdrawal versus other drug withdrawal syndromes:
- similarities and dissimilarities. Addiction. 1994 Nov;89(11):1461–1470. Review 83. D'Apolito K, Hepworth JT. Prominence of withdrawal symptoms in polydrug-
- exposed infants. J Perinat Neonatal Nurs. 2001 Mar;14(4):46-60 Stroud LR, Paster RL, Papandonatos GD, Niaura R, Salisbury AL, et al. Maternal smoking during pregnancy and newborn neurobehavior: effects at 10 to 27 days. J Pediatr. 2009;Jan;154(1):10–6

 85. Leung L, Neufeld T, Marin S. Effect of self-administered auricular acupressure on smoking cessation
- a pilot study. BMC Complement Altern Med. 2012 Feb 28;12:11 Black S, Carey E, Webber A, Neish N, Gilbert R. Determining the efficacy of auricular acupuncture
- for reducing anxiety in patients withdrawing from psychoactive drugs. J Subst Abuse Treat. 2011 Oct;41(3):279-87
- Liu A, Jones M, Murray H, Cook C, Nanan R. Perinatal risk factors for the neonatal abstinence syndrome in infants born to women on methadone maintenance therapy. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2010:50:253-8
- Seligman NS, Almario CV, Hayes EJ, Dysart KC, Berghella V, Baxter JK. Relationship between maternal methadone dose at delivery and neonatal abstinence syndrome. J Pediatr 2010;157:428-
- Strawbridge J, Gallagher PJ, Fahey T, et al. Methadone dose and neonatal abstinence syndrome-systematic review and meta-analysis Addiction. 2010 Dec;105(12):2071-84
 Jones HE, Kaltenbach K, Heil SH, Stine SM, Coyle MG, et al. Neonatal abstinence syndrome after methadone or buprenorphine exposure. N Engl J Med. 2010 Dec 9;363(24):2320-2331. doi: 10.1056/NEJMoa1005359

Laser Acupuncture for Neonatal Abstinence Syndrome: A Randomized Controlled Trial

Wolfgang Raith, MD^{a,b}, Georg M. Schmölzer, PhD^{a,c,d,e}, Bernhard Resch, MD^a, Fritz Reiterer, MD^a, Alexander Avian, ScD^f, Martin Koestenberger, MD^e, Berndt Urlesberger, MD^{a,b}

BACKGROUND: Neonatal abstinence syndrome (NAS) is usually treated with opiate derivatives and supported with nonpharmacological treatment.

METHODS: This prospective, randomized, controlled, blinded, single-center study was carried out between March 2009 and November 2014. Newborn infants diagnosed with NAS after maternal opioid substitution therapy were eligible for inclusion. Infants were randomly allocated to the acupuncture group (combining laser acupuncture and pharmacological therapy of morphine and phenobarbital) or control group (pharmacological therapy alone). Laser acupuncture was performed with a LABpen MED 10 (675 nm/10 mW) at 5 ear and

4 body acupuncture points, bilaterally, and sessions were repeated every day. The primary outcome measure was duration of oral morphine therapy for NAS. Secondary outcomes included highest single Finnegan score, time to highest single Finnegan score, maximum amount of oral morphine solution (in milliliters per kilogram and milligrams per kilogram), time to maximum amount of oral morphine solution, and length of hospital stay.

RESULTS: Twenty-eight newborns (14 in each group) were eligible for analysis. Duration of oral morphine therapy was significantly reduced in the acupuncture group compared with the control group (28 vs 39 days, respectively, P = .019). In addition, we observed a significantly reduced length of hospital stay in the acupuncture group compared with the control group (35 days [interquartile range 25 to 47] vs 50 days [36 to 66], P = .048).

CONCLUSIONS: Adjunctive laser acupuncture significantly reduced the duration of morphine therapy in newborns with NAS.

^aDivision of Neonatology, Department of Paediatrics and Adolescent Medicine, ^bResearch Group for Paediatric Traditional Chinese Medicine, TCM Research Center Graz (Acupuncture Research), ^fInstitutes for Medical Informatics, Statistics, and Documentation, and ^gDivision of Paediatric Cardiology, Department of Paediatrics and Adolescent Medicine, Medical University of Graz, Graz, Austria; ^cDepartment of Paediatrics, University of Alberta,

WHAT'S KNOWN ON THIS SUBJECT: The impact of neonatal abstinence syndrome is of concern because the number of newborns showing

Edmonton, Canada; Neonatal Research Unit, Royal Alexandra Hospital, Edmonton, Alberta, Canada; and Alberta Health Services. Edmonton. Alberta. Canada

Dr Raith conceptualized and designed the study, provided oversight for the research procedures and data acquisition, contributed to the interpretation of the data, wrote the first draft of the article, and revised the final manuscript; Dr Schmölzer made substantial contributions to the conceptualization of the study and performed data acquisition and interpretation of data;

Drs Schmölzer, Resch, Reiterer, and Avian made substantial contributions to the design of the study;

Drs Raith, Resch, Reiterer, Avian, Köstenberger, and Urlesberger reviewed the manuscript and made revisions; Drs Resch and Reiterer made substantial contributions to the randomization procedures and maintained and ensured the masking of personnel; Dr Avian performed statistical analysis and interpretation of data; Dr Köstenberger was involved in the acquisition and analysis of data and contributed to the interpretation of the results; Dr Urlesberger was responsible for trial design and data analysis; and all authors approved the final version of the manuscript for submission and agree to be accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved.

symptoms of withdrawal after intrauterine drug exposure is increasing worldwide. Newborns developing neonatal abstinence syndrome require prolonged medical treatment and longer hospital admission after birth.

WHAT THIS STUDY ADDS: This first randomized controlled trial presents data on newborns with neonatal abstinence syndrome treated with laser acupuncture. The findings suggest that adjuvant laser acupuncture has the potential to reduce duration of morphine therapy and length of hospital stay.

Hier der Link zum Artikel:

http://pediatrics.aappublications.org/content/136/5/876.long

6 | DT. ZTSCHR. F. AKUPUNKTUR 58, 2/2015



🖂 A. Röbe

Standardisierte Gruppenohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll bei allgemeinpsychiatrisch erkrankten Patienten einer Schweizer Tagesklinik

The NADA-Protocol standardised group-acupuncture for improvement of mental state in patients with different psychiatric diseases

Zusammenfassung

Hintergrund: In einer großen psychiatrischen Klinik im Kanton St. Gallen, Schweiz, wird seit zwölf Jahren NADA-Ohrakupunktur angewendet. In der Psychiatrischen Tagesklinik wurde die Behandlung mit einer evaluativen Studie über 15 Monate begleitet.

Zielsetzung: Ziel der Studie war die Überprüfung des Effekts der Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll auf die allgemeine Befindlichkeit zusätzlich zur allgemeinen Behandlung in einer psychiatrischen Tagesklinik mit gemischtem Patientengut.

In einer wöchentlich stattfindenden Gruppensitzung wurden insgesamt 64 Patienten über einen Zeitraum von 15 Monaten behandelt. Es fanden insgesamt 541 Behandlungen statt. Ausgewertet wurden 15 Befindlichkeitsmerkmale. Die Auswertung fand nach maximal zehn Sitzungen statt.

Ergebnisse: Bei den meisten untersuchten Symptomen wurde ein linear-abnehmender Trend festgestellt, der darauf hindeutet, dass mit fortlaufenden Akupunkturbehandlungen die Beschwerden bei diesen Symptomen stets signifikant weniger wurden. Geschlechts-unterschiede wurden nicht festgestellt. Insgesamt zeigte sich, dass die NADA-Ohrakupunktur als nebenwirkungsarme komplementärmedizinische Therapiemethode in einem gemischten Patientenkollektiv auch bei psychisch schwerkranken Patienten angewendet werden kann und zu teilweise hoch signifikanten Befindlichkeitsverbesserungen führte.

Diskussion: Um eine exaktere Aussage über notwendige Behandlungsanzahl, Geschlechts- und Altersabhängigkeit sowie Diagnosen zu machen, bedarf es einer größeren Stichprobe und der Durchführung von Vergleichsanalysen.

Schlüsselwörter

NADA-Ohrakupunktur, Psychiatrische Tagesklinik, Psychiatrie

Abstract

Background: In a major psychiatric hospital of Kanton St. Gallen, Switzerland, the NADA-Protocol has been used for 12 years. In the psychiatric day care unit treatment was accompanied by an evaluative study during 15 months.

Objective: The study aimed to investigate the effect of ear-acupuncture according to the NADA-protocol on patients' general mental state in addition to general treatment in a psychiatric day care unit with a mixed patient population.

The treatment was applied to 64 patients once a week in a group session over a period of 15 months. Total treatments were 541. 15 mental state characteristics were evaluated. Evaluation was performed after a maximum of 10 sessions.

Results: The majority of analyzed symptoms showed a linear decreasing trend, which indicates that with ongoing acupuncture treatment, the symptoms continuously and significantly lessened. Gender differences have not been observed. In total, NADA-ear-acupuncture proved to be a therapeutic method of complementary medicine with little side effects, which may be applied in a mixed patient cohort even to patients with serious psychiatric illness, resulting in part in a highly significant improvement of state.

Discussion: A more extended sample and execution of comparative analyses is needed in order to make a more exact statement on the required number of treatments, dependence of age and gender, and diagnoses.

Keywords

NADA-ear-acupuncture, psychiatric day care unit, psychiatry

Einleitung

Akupunktur als Einzelbehandlung ist zeit- und kostenintensiv. Im psychiatrischen Bereich existieren diesbezüglich noch wenige Erfahrungen, da Akupunktur für Menschen in akuten Krisen oder schweren seelischen Krankheitsphasen als ungeeignet galt.

In den 70er-Jahren wurde eine standardisierte Ohrakupunktur (NADA-Protokoll) zur Suchtbehandlung entwickelt [1, 2]. Der positive Effekt auf Schlafstörungen und zur Stressminderung wurde zumeist im Zusammenhang mit Suchterkrankungen untersucht [3–7]. In den letzten Jahren wurde diese Therapieform wegen ihrer positiven Effekte bei Unruhezuständen und Schlafstörungen sowie ihrer allgemein stressmildernden und entspannenden Wirkung vor allem im psychiatrischen und auch psychosomatischen Bereich angewendet. Darüber wurde bereits mehrfach in der Deutschen Zeitschrift für Akupunktur berichtet [8–14).

Üblicherweise wird diese Methode in einem Gruppensetting durchgeführt. Sie gilt als zeit- und kosteneffektiv. Zudem wurde beobachtet, dass eine Akupunkturbehandlung in diesem Setting auch von schwerer erkrankten Patienten gut toleriert wird.

Durch die recht kurze Ausbildung im NADA-Protokoll kann zudem ein stabiles Therapieangebot aufrechterhalten werden, sodass dies bei Personalwechsel weiterbesteht.

In einer großen allgemeinpsychiatrischen Klinik in der Schweiz (Kantonal Psychiatrische Dienste Sektor Nord, St. Gallen), in der diese Untersuchung durchgeführt wurde, wird das NADA-Protokoll auf fast allen Abteilungen angewendet. Aus praktischen Gründen wurde primär das NADA-Protokoll in einer psychiatrischen Tagesklinik evaluiert. Das NADA-Protokoll wurde 2003 in der Klinik eingeführt, in der Tagesklinik 2007.

⊠ Dr. Adriane Röbe Adriane.roebe@gmail.com



ORIGINALIA ORIGINAL ARTICLES

A. RÖBE STANDARDISIERTE GRUPPENOHRAKUPUNKTUR NACH DEM NADA-PROTOKOLL BEI ALLGEMEINPSYCHIATRISCH ERKRANKTEN PATIENTEN EINER SCHWEIZER TAGESKLINIK

Folgende Fragestellungen sollten evaluiert werden:

- 1. Kann Ohrakupunktur als zusätzliche Behandlung zu den bisher standardisierten Behandlungen eine deutliche Verbesserung der Befindlichkeit bei psychisch-kranken Patienten bewirken?
- 2. Wenn ja, wie viele Behandlungen sind dazu notwendig?
- 3. Ist das Ergebnis evtl. auch geschlechtsabhängig?

Methodik

Ziel der evaluativen Studie war die Überprüfung des Effekts der NADA-Ohrakupunktur auf die allgemeine Befindlichkeit zusätzlich zur psychiatrischen Standardbehandlung in einer Tagesklinik mit gemischtem Patientengut (Hauptdiagnosen aus dem Bereich F2 Schizophrenien, F3 Affektive Störungen, vor allem Depressionen, F4 Angststörungen und somatoforme Störungen, Persönlichkeitsstörungen).

Oft bestanden Komorbiditäten von psychischen Erkrankungen sowie auch somatischen Beschwerden. Primäre Suchterkrankungen galten als Kontraindikation zur Aufnahme in dieser Tagesklinik. Die mittlere Aufenthaltsdauer betrug zehn Wochen. Durchschnittlich wurden 15 tagesklinische Patienten täglich behandelt.

Die tagesklinische Behandlung setzte sich aus einem fünftägigen multimodalen Angebot aus Einzel- und Gruppengesprächen, Pharmakotherapie, Kunsttherapie, Progressive Muskelrelaxation, Beschäftigungstherapie, Bewegungstherapie und NADA-Ohrakupunktur zusammen.

In einer wöchentlich stattfindenden Gruppensitzung wurden insgesamt 64 Patienten, 30 Frauen und 34 Männer, über einen Zeitraum von 15 Monaten (Januar 2010 bis März 2011) mit dem NADA-Protokoll behandelt. Die Behandlung war freiwillig und

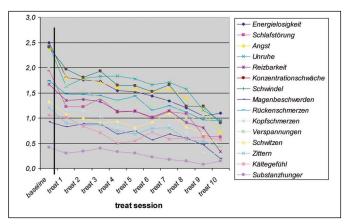


Abb. 1: Verbesserung der Befindlichkeitsmerkmale

stand allen Patienten zur Verfügung. Es gab keine Kontraindikationen. Die Behandlungszahl wurde von den Patienten bestimmt. Diese war nur limitiert durch die Aufenthaltsdauer.

Es fanden insgesamt 541 Behandlungen statt. Ausgewertet wurden 15 Befindlichkeitsmerkmale. Die Patienten erhielten vor Beginn der Behandlung (Base-Line) und nach jeder NADA-Sitzung einen Fragebogen zum Ausfüllen.

Die Auswertung fand zu Beginn der Behandlung, nach drei, fünf, acht und nach maximal zehn Sitzungen statt. Einige Patienten kamen zu deutlich mehr Sitzungen, was bei der Auswertung nicht berücksichtigt wurde.

	7	Treat 1			Treat 2		7	reat 3			Treat 4		Ι.	Treat 5	
Symptoms	Mean	SEM	n	Mean	SEM	n	Mean	SEM	n	Mean	SEM	n	Mean	SEM	n
Energielosigkeit	1,81	0,18	63	1,760	0,170	62	1,730	0,180	62	1,540	0,160	59	1,530	0,160	59
Schlafstörung	1,22	0,19	63	1,230	0,180	62	1,390	0,210	62	1,120	0,180	60	1,140	0,180	59
Angst	1,81	0,22	63	1,790	0,230	62	1,710	0,220	62	1,600	0,210	60	1,560	0,220	59
Unruhe	1,63	0,21	63	1,790	0,200	62	1,820	0,210	62	1,830	0,200	60	1,780	0,190	59
Reizbarkeit	1,35	0,19	63	1,370	0,190	62	1,330	0,200	61	1,130	0,190	60	1,140	0,170	59
Konzentrationschwäche	1,97	0,20	63	1,810	0,200	62	1,930	0,210	61	1,650	0,200	60	1,640	0,200	59
Schwindel	1,02	0,17	63	0,920	0,170	62	0,980	0,170	61	0,830	0,150	60	0,830	0,160	59
Magenbeschwerden	0,83	0,17	63	0,890	0,170	62	0,890	0,190	61	0,680	0,160	60	0,750	0,170	59
Rückenschmerzen	1,48	0,23	63	1,470	0,230	62	1,440	0,230	61	1,350	0,240	60	1,440	0,240	59
Kopfschmerzen	1,17	0,22	63	1,150	0,210	62	1,030	0,200	61	0,820	0,180	60	0,760	0,180	59
Verspannungen	1,65	0,20	63	1,550	0,200	62	1,410	0,200	61	1,320	0,200	60	1,320	0,220	59
Schwitzen	1,08	0,19	63	1,000	0,190	62	0,900	0,190	61	0,930	0,190	60	0,810	0,170	59
Zittern	0,90	0,18	63	0,850	0,150	62	0,870	0,160	61	0,750	0,150	60	0,680	0,160	59
Kältegefühl	1,02	0,18	63	0,840	0,180	62	0,700	0,150	61	0,500	0,140	60	0,540	0,140	59
Substanzhunger	0,30	0,11	63	0,340	0,110	62	0,390	0,120	61	0,330	0,110	60	0,310	0,100	59
andere	0,13	0,07	63	0,100	0,060	62	0,030	0,020	61	0,080	0,040	60	0,050	0,030	59
	7	Treat 6			Treat 7		7	reat 8			Treat 9		T	reat 10	
Symptoms	Mean	SEM	n	Mean	SEM	n	Mean	SEM	n	Mean	SEM	n	Mean	SEM	n
Energielosigkeit	Mean 1,440	SEM 0,160	50	Mean 1,340	SEM 0,190	41	Mean 1,200	SEM 0,200	35	Mean 1,040	SEM 0,200	26	Mean 1,100	SEM 0,230	21
Energielosigkeit Schlafstörung	Mean 1,440 1,000	SEM 0,160 0,180	50 50	Mean 1,340 1,120	SEM 0,190 0,220	41 41	Mean 1,200 1,090	0,200 0,250	35 35	Mean 1,040 0,650	0,200 0,190	26 26	Mean 1,100 0,620	SEM 0,230 0,210	21 21
Energielosigkeit Schlafstörung Angst	Mean 1,440 1,000 1,520	0,160 0,180 0,230	50 50 50	Mean 1,340 1,120 1,590	0,190 0,220 0,260	41 41 41	Mean 1,200 1,090 1,400	0,200 0,250 0,280	35 35 35	Mean 1,040 0,650 1,150	0,200 0,190 0,240	26 26 26	Mean 1,100 0,620 0,710	0,230 0,210 0,230	21 21 21
Energielosigkeit Schlafstörung Angst Unruhe	Mean 1,440 1,000 1,520 1,660	0,160 0,180 0,230 0,200	50 50 50 50	Mean 1,340 1,120 1,590 1,710	0,190 0,220 0,260 0,250	41 41 41 41	Mean 1,200 1,090 1,400 1,570	0,200 0,250 0,280 0,270	35 35 35 35	Mean 1,040 0,650 1,150 1,150	0,200 0,190 0,240 0,260	26 26 26 26	Mean 1,100 0,620 0,710 0,950	0,230 0,210 0,230 0,230 0,230	21 21 21 21
Energielosigkeit Schlafstörung Angst Unruhe Reizbarkeit	Mean 1,440 1,000 1,520 1,660 1,020	0,160 0,180 0,230 0,200 0,200	50 50 50 50 50	Mean 1,340 1,120 1,590 1,710 1,150	0,190 0,220 0,260 0,250 0,220	41 41 41 41 41	Mean 1,200 1,090 1,400 1,570 0,910	0,200 0,250 0,250 0,270 0,270 0,200	35 35 35 35 35	Mean 1,040 0,650 1,150 1,150 0,810	0,200 0,190 0,240 0,260 0,240	26 26 26 26 26	Mean 1,100 0,620 0,710 0,950 0,330	0,230 0,210 0,230 0,230 0,230 0,200	21 21 21 21 21 21
Energielosigkeit Schlafstörung Angst Unruhe Reizbarkeit Konzentrationschwäche	Mean 1,440 1,000 1,520 1,660 1,020 1,520	0,160 0,180 0,230 0,200 0,200 0,210	50 50 50 50 50 50	Mean 1,340 1,120 1,590 1,710 1,150 1,660	0,190 0,220 0,260 0,250 0,220 0,270	41 41 41 41 41 41	Mean 1,200 1,090 1,400 1,570 0,910 1,230	0,200 0,250 0,280 0,270 0,200 0,240	35 35 35 35 35 35	Mean 1,040 0,650 1,150 1,150 0,810 1,230	0,200 0,190 0,240 0,260 0,240 0,260	26 26 26 26 26 26	Mean 1,100 0,620 0,710 0,950 0,330 0,900	0,230 0,210 0,230 0,230 0,230 0,200 0,280	21 21 21 21 21 21 21
Energielosigkeit Schlafstörung Angst Unruhe Reizbarkeit Konzentrationschwäche Schwindel	Mean 1,440 1,000 1,520 1,660 1,020 1,520 0,640	9,160 0,180 0,230 0,200 0,200 0,200 0,210 0,150	50 50 50 50 50 50 50	Mean 1,340 1,120 1,590 1,710 1,150 1,660 0,710	95EM 0,190 0,220 0,260 0,250 0,220 0,270 0,190	41 41 41 41 41 41 41	Mean 1,200 1,090 1,400 1,570 0,910 1,230 0,660	0,200 0,250 0,280 0,270 0,200 0,240 0,220	35 35 35 35 35 35 35	Mean 1,040 0,650 1,150 1,150 0,810 1,230 0,580	0,200 0,190 0,240 0,260 0,240 0,260 0,160	26 26 26 26 26 26 26 26	Mean 1,100 0,620 0,710 0,950 0,330 0,900 0,380	0,230 0,210 0,230 0,230 0,230 0,200 0,280 0,150	21 21 21 21 21 21 21 21
Energielosigkeit Schlafstörung Angst Unruhe Reizbarkeit Konzentrationschwäche Schwindel Magenbeschwerden	Mean 1,440 1,000 1,520 1,660 1,020 1,520 0,640 0,560	0,160 0,180 0,230 0,200 0,200 0,210 0,150 0,170	50 50 50 50 50 50 50 50	Mean 1,340 1,120 1,590 1,710 1,150 1,660 0,710 0,680	0,190 0,220 0,260 0,250 0,220 0,270 0,190 0,220	41 41 41 41 41 41 41	Mean 1,200 1,090 1,400 1,570 0,910 1,230 0,660 0,600	0,200 0,250 0,280 0,270 0,200 0,240 0,220 0,230	35 35 35 35 35 35 35 35	Mean 1,040 0,650 1,150 1,150 0,810 1,230 0,580 0,460	0,200 0,190 0,240 0,260 0,240 0,260 0,160 0,140	26 26 26 26 26 26 26 26 26	Mean 1,100 0,620 0,710 0,950 0,330 0,900 0,380 0,190	0,230 0,210 0,230 0,230 0,230 0,200 0,280 0,150 0,110	21 21 21 21 21 21 21 21 21
Energielosigkeit Schlafstörung Angst Unruhe Reizbarkeit Konzentrationschwäche Magenbeschwerden Rückenschmerzen	Mean 1,440 1,000 1,520 1,660 1,020 1,520 0,640 0,560 1,160	0,160 0,180 0,230 0,200 0,200 0,210 0,150 0,170 0,250	50 50 50 50 50 50 50 50 50	Mean 1,340 1,120 1,590 1,710 1,150 1,660 0,710 0,680 1,240	0,190 0,220 0,260 0,250 0,220 0,270 0,190 0,220 0,280	41 41 41 41 41 41 41 41	Mean 1,200 1,090 1,400 1,570 0,910 1,230 0,660 0,600 1,110	0,200 0,250 0,280 0,270 0,200 0,240 0,220 0,230 0,300	35 35 35 35 35 35 35 35 35	Mean 1,040 0,650 1,150 1,150 0,810 1,230 0,580 0,460 0,960	0,200 0,190 0,240 0,260 0,240 0,260 0,160 0,140 0,290	26 26 26 26 26 26 26 26 26 26	Mean 1,100 0,620 0,710 0,950 0,330 0,900 0,380 0,190 0,950	0,230 0,210 0,230 0,230 0,230 0,200 0,280 0,150 0,110 0,330	21 21 21 21 21 21 21 21 21 21
Energielosigkeit Schlafstörung Angst Unruhe Reizbarkeit Konzentrationschwäche Schwindel Magenbeschwerden Rückenschmerzen Kopfschmerzen	Mean 1,440 1,000 1,520 1,660 1,020 1,520 0,640 0,560 1,160 0,700	95EM 0,160 0,180 0,230 0,200 0,200 0,210 0,150 0,170 0,250 0,200	50 50 50 50 50 50 50 50 50 50	Mean 1,340 1,120 1,590 1,710 1,150 1,660 0,710 0,680 1,240 0,850	0,190 0,220 0,260 0,250 0,270 0,190 0,220 0,280 0,260	41 41 41 41 41 41 41 41 41	Mean 1,200 1,090 1,400 1,570 0,910 1,230 0,660 0,600 1,110 0,710	0,200 0,250 0,280 0,270 0,200 0,240 0,220 0,230 0,300 0,250	35 35 35 35 35 35 35 35 35 35	Mean 1,040 0,650 1,150 1,150 0,810 1,230 0,580 0,460 0,960 0,310	0,200 0,190 0,240 0,260 0,240 0,260 0,160 0,140 0,290 0,210	26 26 26 26 26 26 26 26 26 26	Mean 1,100 0,620 0,710 0,950 0,330 0,900 0,380 0,190 0,950 0,290	0,230 0,210 0,230 0,230 0,230 0,200 0,280 0,150 0,110 0,330 0,240	21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 21
Energielosigkeit Schlafstörung Angst Unruhe Reizbarkeit Konzentrationschwäche Schwindel Magenbeschwerden Rückenschmerzen Kopfschmerzen Verspannungen	Mean 1,440 1,000 1,520 1,660 1,020 1,520 0,640 0,560 1,160 0,700 1,240	95EM 0,160 0,180 0,230 0,200 0,200 0,210 0,150 0,170 0,250 0,200 0,220	50 50 50 50 50 50 50 50 50 50	Mean 1,340 1,120 1,590 1,710 1,150 1,660 0,710 0,680 1,240 0,850 1,390	0,190 0,220 0,260 0,250 0,220 0,270 0,190 0,220 0,280 0,260 0,240	41 41 41 41 41 41 41 41 41	Mean 1,200 1,090 1,400 1,570 0,910 1,230 0,660 0,600 1,110 0,710 0,970	0,200 0,250 0,280 0,270 0,200 0,240 0,220 0,230 0,300 0,250 0,240	35 35 35 35 35 35 35 35 35 35 35	Mean 1,040 0,650 1,150 1,150 0,810 1,230 0,580 0,460 0,960 0,310 1,040	0,200 0,190 0,240 0,240 0,260 0,260 0,160 0,140 0,290 0,210 0,260	26 26 26 26 26 26 26 26 26 26 26 26	Mean 1,100 0,620 0,710 0,950 0,330 0,900 0,380 0,190 0,950 0,290 0,810	0,230 0,210 0,230 0,230 0,230 0,200 0,280 0,150 0,110 0,330 0,240 0,310	21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 21
Energielosigkeit Schlafstörung Angst Unruhe Reizbarkeit Konzentrationschwäche Schwindel Magenbeschwerden Rückenschmerzen Kopfschmerzen Verspannungen	Mean 1,440 1,000 1,520 1,660 1,020 1,520 0,640 0,560 1,160 0,700 1,240 0,920	SEM 0,160 0,180 0,230 0,200 0,200 0,210 0,150 0,170 0,250 0,200 0,220 0,200	50 50 50 50 50 50 50 50 50 50	Mean 1,340 1,120 1,590 1,710 1,150 1,660 0,710 0,680 1,240 0,850 1,390 1,100	0,190 0,220 0,260 0,250 0,270 0,190 0,220 0,280 0,260 0,240 0,260	41 41 41 41 41 41 41 41 41 41	Mean 1,200 1,090 1,400 1,570 0,910 1,230 0,660 0,600 1,110 0,710 0,970 0,830	0,200 0,250 0,280 0,270 0,200 0,240 0,220 0,300 0,250 0,240 0,220	35 35 35 35 35 35 35 35 35 35 35 35 35	Mean 1,040 0,650 1,150 1,150 0,810 1,230 0,580 0,460 0,960 0,310 1,040 0,690	9.200 0,190 0,240 0,260 0,240 0,260 0,160 0,140 0,290 0,210 0,260 0,240	26 26 26 26 26 26 26 26 26 26 26 26	Mean 1,100 0,620 0,710 0,950 0,330 0,900 0,380 0,190 0,950 0,290 0,810 0,430	0,230 0,210 0,230 0,230 0,200 0,280 0,150 0,110 0,330 0,240 0,310 0,190	21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 2
Energielosigkeit Schlafstörung Angst Unruhe Reizbarkeit Konzentrationschwäche Schwindel Magenbeschwerden Rückenschmerzen Kopfschmerzen Verspannungen Zittern	1,440 1,000 1,520 1,660 1,020 1,520 0,640 0,560 1,160 0,700 1,240 0,920 0,800	SEM 0,160 0,180 0,230 0,200 0,200 0,210 0,150 0,170 0,250 0,200 0,200 0,200 0,190	50 50 50 50 50 50 50 50 50 50 50 50	1,340 1,120 1,590 1,710 1,150 1,660 0,710 0,680 1,240 0,850 1,100 0,800	9EM 0,190 0,220 0,260 0,250 0,270 0,190 0,220 0,280 0,260 0,260 0,260 0,210	41 41 41 41 41 41 41 41 41 41	Mean 1,200 1,090 1,400 1,570 0,910 1,230 0,660 0,600 1,110 0,710 0,970 0,830 0,570	0,200 0,250 0,280 0,270 0,200 0,240 0,220 0,300 0,300 0,250 0,240 0,220 0,170	35 35 35 35 35 35 35 35 35 35 35 35 35 3	Mean 1,040 0,650 1,150 0,810 1,230 0,580 0,460 0,960 0,310 1,040 0,690 0,540	0,200 0,190 0,240 0,260 0,240 0,260 0,160 0,140 0,290 0,210 0,260 0,240 0,190	26 26 26 26 26 26 26 26 26 26 26 26 26	Mean 1,100 0,620 0,710 0,950 0,330 0,900 0,380 0,190 0,950 0,290 0,810 0,430 0,900	0,230 0,210 0,230 0,230 0,230 0,200 0,280 0,150 0,110 0,330 0,240 0,310 0,190 0,180	21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 2
Energielosigkeit Schlafstörung Angst Unruhe Reizbarkeit Konzentrationschwäche Schwindel Magenbeschwerden Rückenschmerzen Kopfschmerzen Verspannungen Schwitzen Zittern	1,440 1,000 1,520 1,660 1,020 1,520 0,640 0,560 1,160 0,700 1,240 0,920 0,800 0,720	0,160 0,180 0,230 0,200 0,200 0,210 0,150 0,170 0,250 0,200 0,200 0,200 0,190 0,160	50 50 50 50 50 50 50 50 50 50 50 50	Mean 1,340 1,120 1,590 1,710 1,150 1,660 0,710 0,680 1,240 0,850 1,390 0,800 0,590	0,190 0,220 0,260 0,250 0,270 0,270 0,190 0,220 0,280 0,260 0,260 0,240 0,210 0,170	41 41 41 41 41 41 41 41 41 41	Mean 1,200 1,090 1,400 1,570 0,910 1,230 0,660 0,600 1,110 0,710 0,970 0,830 0,570 0,600	0,200 0,250 0,280 0,270 0,200 0,240 0,220 0,300 0,250 0,240 0,220 0,170 0,190	35 35 35 35 35 35 35 35 35 35 35 35 35 3	Mean 1,040 0,650 1,150 1,150 0,810 1,230 0,580 0,460 0,960 0,310 1,040 0,690 0,540 0,620	0,200 0,190 0,240 0,260 0,260 0,160 0,140 0,290 0,210 0,260 0,240 0,240 0,190 0,210	26 26 26 26 26 26 26 26 26 26 26 26 26 2	Mean 1,100 0,620 0,710 0,950 0,330 0,900 0,950 0,290 0,810 0,430 0,900 0,570	0,230 0,210 0,230 0,230 0,230 0,200 0,150 0,110 0,330 0,240 0,310 0,180 0,230	21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 2
Energielosigkeit Schlafstörung Angst Unruhe Reizbarkeit Konzentrationschwäche Schwindel Magenbeschwerden Rückenschmerzen Kopfschmerzen Verspannungen Zittern	1,440 1,000 1,520 1,660 1,020 1,520 0,640 0,560 1,160 0,700 1,240 0,920 0,800	SEM 0,160 0,180 0,230 0,200 0,200 0,210 0,150 0,170 0,250 0,200 0,200 0,200 0,190	50 50 50 50 50 50 50 50 50 50 50 50	1,340 1,120 1,590 1,710 1,150 1,660 0,710 0,680 1,240 0,850 1,100 0,800	9EM 0,190 0,220 0,260 0,250 0,270 0,190 0,220 0,280 0,260 0,260 0,210	41 41 41 41 41 41 41 41 41 41	Mean 1,200 1,090 1,400 1,570 0,910 1,230 0,660 0,600 1,110 0,710 0,970 0,830 0,570	0,200 0,250 0,280 0,270 0,200 0,240 0,220 0,300 0,300 0,250 0,240 0,220 0,170	35 35 35 35 35 35 35 35 35 35 35 35 35 3	Mean 1,040 0,650 1,150 0,810 1,230 0,580 0,460 0,960 0,310 1,040 0,690 0,540	0,200 0,190 0,240 0,260 0,240 0,260 0,160 0,140 0,290 0,210 0,260 0,240 0,190	26 26 26 26 26 26 26 26 26 26 26 26 26	Mean 1,100 0,620 0,710 0,950 0,330 0,900 0,380 0,190 0,950 0,290 0,810 0,430 0,900	0,230 0,210 0,230 0,230 0,230 0,200 0,280 0,150 0,110 0,330 0,240 0,310 0,190 0,180	21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 2

Abb. 2: Means = SEMs der untersuchten Parameter nach einer bis zehn Akupunktursitzungen



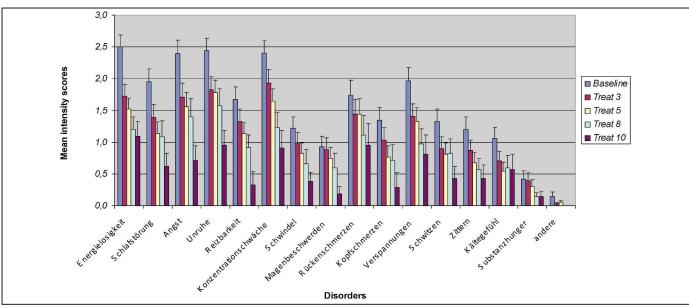


Abb. 3: Verbesserung der Befindlichkeitsmerkmale

Die Geschlechterabhängigkeit wurde geprüft. Die Behandlung wurde von zwei Pflegekräften durchgeführt, die eine Weiterbildung der NADA-Ohrakupunktur besucht hatten (viertägiger Kurs). TCM-Erfahrung lag nicht vor. Es wurden keine weiteren Akupunkturpunkte gestochen. Eine Pflegeperson hatte zu Beginn der Studie eine einjährige, die zweite eine halbjährige Erfahrung mit NADA-Ohrakupunktur. In Urlaubszeiten wurde Personal von anderen Abteilungen hinzugezogen.

Die Behandlung fand ausschließlich im Gruppensetting und einmal wöchentlich statt. Die Aufklärung fand vor der Behandlung statt. Die Patienten konnten am jeweiligen Morgen selbst entscheiden, an der Therapie teilzunehmen oder nicht.

Die Behandlung wurde bei bis zu acht Patienten von einer Pflegekraft allein durchgeführt, bei mehr als acht Patienten von zwei Pflegekräften. Die Patienten saßen auf Holzstühlen.

Nachdem alle Patienten mit Nadeln versorgt waren, wurde Musik gespielt. Die Pflegepersonen verließen den Raum, sobald alle Nadeln gesetzt waren. Sie kamen zum Ende der Behandlung wieder. Die Nadeln wurden durch die Patienten selbstständig entfernt.

Statistik

Den Fragestellungen dieser Studie wurde durch eine einfaktorielle multivariate Varianzanalyse mit wiederholten Messungen (Multivariate Analyses of Variance with Repeated Measures) Rechnung getragen. Der einzige Einflussfaktor ist hier die Behandlung und ist als ein Within-Subjects Factor mit vier Stufen (baseline, drei, fünf und acht Behandlungen) oder fünf Stufen (baseline, drei, fünf, acht und zehn Behandlungen) anzusehen. Alle A-posteriori-Tests [univariate F-Tests oder Kontrasttests] zur Feststellung eines signifikanten Behandlungseffekts werden auf einem korrigierten Signifikanzniveau (Bonferroni- oder Hol-Sidak-Korrektur) durchgeführt.

Ergebnisse

Es zeigten sich hoch signifikante Verbesserungen der Befindlichkeitsmerkmale Energielosigkeit [(F (4,76) = 201.66, p < 0.0001], Schlaflosigkeit [(F (4,76) = 4.20, p = 0.004] und Angst [(F (4,76) = 10.36, p < 0.0001]. Signifikante Verbesserungen wurden bei folgenden Befindlichkeitsmerkmalen gemessen: Reizbarkeit [(F (4,76) = 5.54, p < 0.0001], Konzentrationsstörungen [(F (4,76) = 5.54)]

= 8.52, p < 0.0001], Schwindel [(F (4,76) = 4.39, p = 0.003]* und Rückenschmerzen. Diese wurden bei einer Behandlungsanzahl von 10 festgestellt.

Bei weniger Behandlungen gab es zwar auch einige signifikante Verbesserungen, jedoch deutlich weniger. Bei den meisten untersuchten Symptomen wurde ein linear-abnehmender Trend festgestellt, der darauf hindeutet, dass mit fortlaufenden Akupunkturbehandlungen die Beschwerden bei diesen Symptomen stets signifikant weniger werden (Abb. 1*). Geschlechtsunterschiede wurden nicht festgestellt.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Es zeigte sich, dass die NADA-Ohrakupunktur in einem gemischten Patientenkollektiv von 64 teilstationär behandelten psychiatrischen Patienten zu teilweise hoch signifikanten Befindlichkeitsverbesserungen führte. Bei den meisten untersuchten Symptomen wurde ein linear-abnehmender Trend festgestellt, der darauf hindeutet, dass diese Symptome mit fortlaufenden Akupunkturbehandlungen günstig zu beeinflussen sind.

	Baseline				
Symptoms	Mean	SEM	n		
Energielosigkeit	2,500	0,190	64		
Schlafstörung	1,950	0,200	64		
Angst	2,390	0,220	64		
Unruhe	2,440	0,200	64		
Reizbarkeit	1,670	0,200	64		
Konzentrationschwäche	2,410	0,200	64		
Schwindel	1,220	0,180	64		
Magenbeschwerden	0,920	0,170	64		
Rückenschmerzen	1,730	0,240	64		
Kopfschmerzen	1,340	0,200	64		
Verspannungen	1,970	0,210	64		
Schwitzen	1,330	0,200	64		
Zittern	1,200	0,190	64		
Kältegefühl	1,060	0,180	64		
Substanzhunger	0,420	0,130	64		
andere	0,140	0,080	64		

Abb. 4: Means = SEMs der untersuchten Parameter zur Baseline

^{*} Versehentlich wurde "Schwindel" in Abbildung 1 nicht dargestellt.

ORIGINALIA ORIGINAL ARTICLES

A. RÖBE

STANDARDISIERTE GRUPPENOHRAKUPUNKTUR NACH DEM NADA-PROTOKOLL BEI ALLGEMEINPSYCHIATRISCH ERKRANKTEN PATIENTEN EINER SCHWEIZER TAGESKLINIK

Diskussion und Ausblick

Bemerkenswert, obwohl nicht signifikant, war, dass Patienten mit chronischer Schizophrenie gerne und regelmäßig kamen und das Behandlungsangebot am besten nutzten. Hierzu befragt konnten sie im Allgemeinen nur angeben, dass sie gerne kamen.

Auch Männer, die anderen Entspannungs- oder psychotherapeutischen Gruppen gegenüber kein Interesse zeigten, nahmen das NADA-Angebot gerne wahr.

Eine Dekompensation wurde bei traumatisierten Patienten und Patienten mit Schizophrenie nicht beobachtet. Auch schwer kranke Patienten mit Borderline-Erkrankung tolerierten die Behandlung ohne Zwischenfälle.

Eine weitere interessante Beobachtung war, dass Patienten mit Migrationshintergrund und dem Symptomkomplex aus Depressionen und chronischen Schmerzen entgegen den Erwartungen weniger oft und zögerlich an den NADA-Sitzungen teilnahmen und in der Regel auch keine Reduktion der Schmerzen erreichten. Diese Beobachtungen wurden vor allem bei tagesklinischen Patienten gemacht. Hier steht die Frage im Raum, ob eine Fokussierung auf den Schmerz ein Problem darstellte oder ob die Behandlungshäufigkeit zu gering war. Bei diesem Patientengut wären weitere Studien, allenfalls in multimodalen Schmerzsettings, interessant.

Auch in dieser evaluativen Studie zeigte sich, wie bereits so häufig aus klinischen Beobachtungen berichtet, dass auch allgemeinpsychiatrische Patienten ohne primären Suchthintergrund mit diversen Beschwerden von dieser Behandlung profitieren.

Den vielen sehr guten klinischen Erfahrungen und der Ausbreitung des NADA-Protokolls steht bei allgemein-psychiatrischen Patienten noch eine unbefriedigende Datenlage gegenüber. Die Durchführung weiterer Studien wäre wünschenswert. Viele Fragen und interessante Aspekte, welche zu untersuchen wären, stehen noch im Raum. Generell wären natürlich Placebo-kontrollierte Gruppen sinnvoll. Eine exakte Differenzierung, welchen Anteil die NADA-Ohrakupunktur an der Beschwerdeverbesserung hat, bleibt in einem multimodal ausgerichteten therapeutischen Setting bei sehr gemischtem Patientengut vermutlich schwierig.

So kann auch in dieser Untersuchung nicht mit Sicherheit gesagt werden, welcher Effekt ausschließlich der Therapie mit NADA-Akupunktur zugeschrieben werden kann.

Die Einrichtung einer Kontrollgruppe war in diesem multimodalen Setting nicht möglich. Die Patienten wurden zwar nach jeder Sitzung befragt, eine gewisse Unsicherheit bleibt.

Erklärung zu Interessenkonflikten

Es liegen keine Interessenkonflikte vor.

Literatur

- 1. Wen H. Treatment of drug addiction by acupuncture and electrical stimulation. Asian Journal of Medicine 1973;9:138-141
- 2. Smith MO, Khan I. An Acupuncture Programme for the Treatment of Drugaddicted Persons. Bulletin on Narcotis 1988;40,1:35–41
- 3. Bullock ML, Culliton PD, Oloander RT. Controlled trial of acupuncture for severe recidivist alcoholism, Lancet 1989 Jun 24;1(8652):1435–9
- 4. Bermann AH et. al. Treating drug using prison inmates with auricular acupuncture: a randomized controlled trial, J Subst. Abuse Trat 2004 Mar.; 26,2:95–102
- Weidig W. Erfahrungen mit Akupunktur beim Entzug von Jugendlichen in der Fachklinik Bokholt. Dt Ztschr f Akup. 2004;47,3:24–31
- Bergdah L et. al. Patients experience of auricular acupuncture during protracted withdrawl, J. Psychiatr. Ment Health Nurs 2014 Mar, 21(2):163–9
- Stuyt EB. Ear acupuncture for co-occuring substance abuse and borderline personality disorder: an aid to
 encourage treatment retention and tobacco cessation, Acupunct Med. 2014 Aug. 32;4:218-24
- 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
- Eisenlohr V, Römer HW, Zimmermann P. Akupunktur eine neue Option in der Behandlung traumatisierter Bundeswehrsoldaten? Dt Ztschr f Akup. 2010;53,2:29–34
 Raben R. Phasen der Stressbewältigung – Traumaverarbeitung und Akupunktur. Dt Ztschr f Akup. 2011;54,4:13–17
 Cole B, Yarbery M. NADA Training Provides PTSD Relief in Haiti. Dt Ztschr f Akup. 2011;54,1:21–24
- 11. Cole B, Yarbery M. NADA Training Provides PTSD Refiet in Hatti. Dt Ztschr i Akup. 2011;54,1:21–24

 12. Schönegger S, Ots T. Wirksamkeit der NADA-Ohrakupunktur bei Menschen mit psychiatrischen Diagnosen im
- ambulanten Bereich. Dt Ztschr f Akup. 2013;56,4:9–12
 13. Hase M. Implementation des NADA-Protokolls in der Psychosomatik. Dt Ztschr f Akup. 2014;57,4:12–16
- 14. Hase M, Balmaceda M. Über den Wert des NADA-Protokolls in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung. Dt Ztschr f Akup. 2015;58,1:6–9

Autoreninformation (STRICTA recommendations)

Dr. Adriane Röbe ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztin für Allgemeinmedizin, Fähigkeitsausweis TCM-Akupunktur (CH). Neben der klassisch psychiatrischen Arbeit Leiterin Sprechstunde TCM in Psychiatrischer Klinik sowie Projekten Komplementärmedizin in der Psychiatrie. Ausbilderin der NADA Schweiz und Deutschland und Vorstandsmitglied NADA Schweiz. Ausbildungsleitung des Zertifikatskurses Integrative Psychosomatik Chiway (CH).



SEIRIN® B-TYP

Die BESTE für Ihre Patienten!

Diamantscharf geschliffene Nadelspitzen für nahezu schmerzfreie Anwendung

Kostenloses Muster **BESTELLEN**

3bscientific.com

Heidelberger Straße 26 01189 Dresden • Germany Tel: 0 351 40 390-214 Fax: 0 351 40 390-90 E-Mail: akupunktur@3bscientific.com

🖂 A. Röbe

Das NADA-Protokoll in der Behandlung einer Patientin mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung

The NADA-protocol employed in treatment of a female patient with Borderline-personality disorder

Zusammenfassung

Eine junge Patientin mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung wird zusätzlich zu einer psychiatrischen tagesklinischen Behandlung mit dem NADA-Protokoll behandelt. Es stellen sich viele positive Therapieeffekte ein, die im Vorfeld mit jahrelanger psychiatrischer Behandlung nicht erzielt werden konnten. Bei dem NADA-Protokoll handelt es sich um eine standardisierte Ohrakupunkturmethode, welche sich gut als zusätzliche Behandlungsmethode bei psychisch schwerkranken Patienten eignet. Generell besteht keine direkte Kontraindikation in der Behandlung von Menschen mit emotional-instabilen Persönlichkeitsstörungen. Es ist jedoch hilfreich, einige krankheitsspezifische Aspekte zu beachten, vor allem den Umgang mit Selbstverletzungen, Suizidalität und einer gestörten Nähe-Distanz-Beziehung.

Schlüsselwörter

Borderline-Störung, NADA-Ohrakupunktur, Cannabis-Abhängigkeit, Drogenentzug

Mein Erstkontakt zu einer 25-jährigen Patientin in einer psychiatrischen Tagesklinik endete in einer schweren Dissoziation der selbigen. Eine Kontaktaufnahme war nicht mehr möglich. Bei bekannter chronischer Suizidalität erfolgte die Verlegung auf eine akutpsychiatrische Abteilung.

Zur Patientin

Die junge Frau war seit vielen Jahren wegen einer emotionalinstabilen Persönlichkeitsstörung in psychiatrischer Behandlung. Die Symptomatik mit Selbstverletzungen, chronischer Suizidalität und starken Dissoziationen war so ausgeprägt, dass sie in den letzten Jahren mehr Zeit in psychiatrischen Kliniken als zu Hause verbracht hatte. Nebenbei ist noch eine Cannabisabhängigkeit zu erwähnen.

Aktuell stand ein Therapieversuch in einem tagesklinischen Setting an. Dabei handelte es sich um ein multimodales Programm einer klassischen psychiatrischen Tagesklinik, ergänzt durch ein Gruppenangebot der NADA-Ohrakupunktur [1-3]. Erste Erfahrungen bei PatientInnen mit einer Abhängigkeit waren 1973 von Wen in Hongkong beschrieben [4] und von der Arbeitsgruppe um Smith in New York zum NADA-Protokoll erweitert worden [5].

Behandlung

Das primäre Ziel ihrer tagesklinischen Behandlung war, die augenblickliche Hospitalisation kurz zu halten und weitere möglichst zu vermeiden, was initial aufgrund der Schwere der Symptomatik nicht gelingen wollte. Im Verlauf gelang es, durch

Abstract

A young female patient inflicted with Borderline-personality disorder receives psychiatric treatment in a day-care clinic and in addition treatment according to the NADA-protocol. A number of positive therapeutic effects emerged, which had failed to be obtained during years of psychiatric therapy. The NADAprotocol is characterized by a standard method of ear acupuncture being well suited as an additional treatment mode in psychological critically ill patients.

In general, there is no immediate contraindication in treating patients with an emotionally instable personality disorder. However, it is helpful to consider some aspects specific to the illness. In particular, this refers to dealing with self-injury, suicidal tendencies and a disturbed proximity and distance relation.

Kevwords

Borderline-disorder, NADA-earacupuncture, Cannabis dependency, drug withdrawal

klare Absprachen, enge Zusammenarbeit mit der stationären Abteilung sowie Anpassung der Medikation eine Verbesserung auf sehr niedrigem Niveau zu erreichen. Notwendige therapeutische Gespräche mit mir als behandelnder Psychiaterin gestalteten sich schwierig.

Die NADA-Ohrakupunktur, welche in einer Gruppe durchgeführt wurde, wurde ihr primär nicht angeboten. Eines Tages äußerte die Patientin selbst den Wunsch, daran teilzunehmen. Gemäß des Grundsatzes der NADA, die Behandlung nach Möglichkeit jedem zugänglich zu machen, wurde ihr die Teilnahme gestattet.

Behandlung nach dem NADA-Protokoll

In einer wöchentlichen Gruppensitzung, die allen Patientinnen und Patienten der Tagesklinik offenstand, wurde das klassische NADA-Protokoll, bestehend aus fünf standardisierten Punkten, sowie auf Wunsch der Punkt Yin Tang gestochen. Die Bedeutung der Punkte kannte die Patientin nicht.

Der Punkt Yin Tang wurde zum NADA-Protokoll angeboten. Die Patientin nahm zu unserer Überraschung regelmäßig an den NADA-Sitzungen teil. Zu den Therapeuten nahm sie kaum Kontakt auf. Sie ließ sich die Ohrpunkte stechen, deutete mit dem Finger auf den Punkt Yin Tang und suchte sich einen Platz. Es kam zu keinerlei besonderen Vorkommnissen. Andere Grup-

penangebote konnte sie aufgrund von Dissoziationen kaum wahrnehmen.

Im Verlauf stabilisierte sich die Patientin langsam. Es kam zu keinen weiteren Dissoziationen, Selbstverletzungen oder

⊠ Dr. med. Adriane Röbe Diagnostisches Zentrum am Vincentinum Augsburg Vinzenz-von-Paul-Platz 1 D-86152 Augsburg adriane.roebe@gmail.com

DT ZTSCHR F AKUP. 59, 1/2016 | 25 | DZA



Suizidversuchen, die Anzahl der stationären Aufenthalte nahm rapide ab. Als behandelnde Psychiaterin musste ich die Medikation anpassen und die Suizidalität möglichst zuverlässig abschätzen. Aufgrund meiner positiven Erfahrungen mit dem NADA-Protokoll nutzte ich diese Therapiemethode als Möglichkeit der Kontaktaufnahme. Im weiteren Verlauf konnte die Patientin leichter Kontakte herstellen und an anderen Gruppentherapien teilnehmen [6].

Ambulante Behandlung

Nach einem Jahr in der Tagesklinik konnte sie in ein ambulantes Setting entlassen werden. Die ambulante Behandlung wurde durch mich und durch eine Pflegekraft wahrgenommen.

Das NADA-Protokoll wurde auf ihren Wunsch etwa über neun Monate regelmäßig im wöchentlichen, gelegentlich im zweiwöchigen Abstand durchgeführt.

Die ambulante Behandlung gestaltete sich wie folgt:

Neben regelmäßigen Gesprächen und Weiterführung der Medikation erfolgte das NADA-Protokoll im Einzelsetting. Hierbei wurde es der Patientin selbst überlassen, festzulegen, wann sie keine Akupunktur mehr nötig habe. NADA-Ohrakupunktur bzw. ärztliche Gespräche fanden in zwei- bis vierwöchentlichem Rhythmus statt.

Mit der Zeit besserte sich die Kontaktaufnahme bis hin zu einer völlig normalen Kommunikation. Die Patientin konnte ihre Arbeit (Herstellung von Taschen) gut durchführen, im Verlauf verfolgte sie hartnäckig das Ziel einer Ausbildung auf dem normalen Arbeitsmarkt und erhielt einen Ausbildungsplatz als Hauswirtschafterin. Über ein Jahr durfte ich sie in ihrer Ausbildung begleiten. Es gab besondere Vorkommnisse. Sie hatte wieder Kontakt zu einigen Freundinnen und im Verlauf sogar eine Partnerschaft. Selten kam es zu kurzen Krisen, was sie selbstständig und mit lediglich sehr kurzen Krankschreibungen gut meistern konnte.

Gegen Ende der Behandlung wünschte sie plötzlich Unterstützung durch Ohrakupunktur beim Cannabisentzug. Diesen führte sie in kürzester Zeit ohne Krisen durch.

Zusammenfassung der angenommenen Effekte durch NADA-Ohrakupunktur

Wie in diesem Fallbeispiel zu ersehen, liegt ein Vorteil der NADA-Therapie in der non-verbalen Kontaktaufnahme. Eine andere Art der Kontaktaufnahme wäre zu Beginn der Behandlung kaum denkbar gewesen. Wichtig erscheint mir auch das klar definierte Setting, was der Patientin Sicherheit und Kontrolle gibt: der formalisierte Kontakt zur Behandlerin, das sitzende Setting, der immer gleiche Ablauf, die Desinfektion sowie das Entnehmen der Nadeln durch die Patientin selbst.

Aus meiner Sicht ist dieses Setting insbesondere bei Borderline-Störungen aufgrund der Zuverlässigkeit bei der gestörten Beziehungsstruktur sehr sinnvoll.

Was sich oft bei der Behandlung mit NADA-Ohrakupunktur zeigt, ist die plötzliche Entstehung eines Antriebs und eines Willens zu Veränderung.

Wie skizziert, gab es solche Wendungen bei der Patientin im Verlauf der Behandlungsjahre mehrfach. Nicht zuletzt sind hier die entzugslindernden Effekte zu erwähnen, in diesem Fall beim Cannabisentzug.

Die NADA-Ohrakupunktur scheint eine entscheidende Rolle bei der Spannungsreduktion ausgelöst zu haben. Nach Aufnahme der Behandlung mit Akupunktur nahmen die Selbstverletzungen ab, bis sie gar nicht mehr vorkamen. Gleiches gilt für das Thema Suizidalität.

Zu beachten ist hier jedoch, dass diese Effekte sich im Verlauf von etwa vier Jahren einstellten, des Weiteren eine therapeutische Begleitung unbedingt notwendig war und die Ohrakupunktur einen Baustein der Behandlung darstellte.

Diskussion: Borderline und Körperakupunktur bzw. Behandlung nach TCM

Diese schwerkranke Patientin wäre vor allem im ersten Jahr nicht in der Lage gewesen, an einer Körper- Akupunkturbehandlung inklusive gründlicher Anamnese und liegender Nadelung teilzunehmen.

Die Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung ist jedoch nicht generell als ein Ausschlusskriterium für eine reguläre Akupunkturbehandlung zu sehen. Beachtet man einige Aspekte, lässt sich diese Behandlung in der Regel problemlos durchführen:

ICD-10-Kriterien der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung [7]

F60.3 - Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline-Störung)

Eine Persönlichkeitsstörung mit deutlicher Tendenz, Impulse ohne Berücksichtigung von Konsequenzen auszuagieren, verbunden mit unvorhersehbarer und launenhafter Stimmung. Es besteht eine Neigung zu emotionalen Ausbrüchen und eine Unfähigkeit, impulshaftes Verhalten zu kontrollieren. Ferner besteht eine Tendenz zu streitsüchtigem Verhalten und zu Konflikten mit anderen, insbesondere wenn impulsive Handlungen durchkreuzt oder behindert werden. Zwei Erscheinungsformen können unterschieden werden: Ein impulsiver Typus, vorwiegend gekennzeichnet durch emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle; und ein Borderline-Typus, zusätzlich gekennzeichnet durch Störungen des Selbstbildes, der Ziele und der inneren Präferenzen, durch ein chronisches Gefühl von Leere durch intensive, aber unbeständige Beziehungen und eine Neigung zu selbstdestruktivem Verhalten mit parasuizidalen Handlungen und Suizidversuchen. Für eine Diagnose der "emotional instabilen Persönlichkeitsstörung" müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

- Deutliche Tendenz, unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln
- Deutliche Tendenz zu Streitereien und Konflikten mit anderen, vor allem dann, wenn impulsive Handlungen unterbunden oder getadelt worden.
- Neigung zu Ausbrüchen von Wut oder Gewalt mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens
- Schwierigkeiten in der Beibehaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden
- Unbeständige und unberechenbare Stimmung und mindestens zwei der folgenden Kriterien müssen für die Diagnose "Borderline-Typus" vorliegen:
 - a) Störungen und Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen und "inneren Präferenzen" (einschließlich sexueller)
 - b) Neigung, sich in intensive, aber instabile Beziehungen einzulassen, oft mit der Folge von emotionalen Krisen
- c) übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden
- d) wiederholte Drohungen oder Handlungen mit Selbstbeschädigung
- e) anhaltende Gefühle von Leere

FALLBERICHTE | CASE REPORTS

A. RÖBE | DAS NADA-PROTOKOLL IN DER BEHANDLUNG EINER PATIENTIN MIT EINER BORDERLINE-PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

- Die überwiegende Anzahl von Menschen mit dieser Störung ist traumatisiert. Eine Akupunkturtherapie ist ein invasives Verfahren, selbst wenn es sich hier nur um winzige Nadeln handelt. Sie setzt das unbedingte Einverständnis der/des zu Behandelnden voraus. Die erste Behandlung sollte in der Regel vorsichtig, mit wenigen Nadeln, erfolgen.
- Man sollte sich die Frage nach Verlust der Kontrolle stellen: ist die Behandlung auch im Sitzen möglich? Ist es notwendig (v. a. zu Beginn der Behandlung) Nadeln an allen Extremitäten zu stechen?
- Aufgrund des gestörten Beziehungsverhaltens sollte man sich als Therapeut der eigenen Grenzen bewusst sein und diese auch klar darstellen. Dies schützt vor Enttäuschungen und Beziehungsabbrüchen.
- Selbstverletzungen sind meist ein Ventil der Spannungsregulation. Nach einer erfolgten Selbstverletzung nimmt die Spannung in der Regel ab und die Wahrscheinlichkeit weiterer selbstschädigender Maßnahmen in der Regel auch.

Literatur

- Hase M, Hase A. Implementation des NADA-Protokolls in der Psychosomatik Eine begleitende Untersuchung. Dt Ztschr f Akup. 2014;57,4:12–5
- Payer K, Ots T, Marktl G, et al. PatientInnenzufriedenheit mit der NADA-Ohrakupunktur auf einer psychiatrischen Station – Eine Anwendungsbeobachtung. Dt Ztschr f Akup. 2007;50,2:10–3
- Schönegger S, Ots T. Wirksamkeit der NADA-Ohrakupunktur bei Menschen mit psychiatrischen Diagnosen im ambulanten Bereich. Dt Ztschr f Akup. 2013,56,4:9–12
- 4. Wen H. Treatment of drug addiction by acupuncture and electrical stimulation. Asian Journal of Medicine 1973;
- 5. Smith M, Khan I. Acupuncture programme for treatment of drug addicted persons. Bull Narc. 1988;40,1:35–41
- 6. Raben R. Phasen der Stressbewältigung Traumaverarbeitung und Akupunktur. Dt Ztschr f Akup. 2011;54,4;13–7
- ICD-10 Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision. German Modification Version 2005

Autoreninformation (STRICTA recommendations)

Dr. Adriane Röbe ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, praktische Ärztin (CH), Fähigkeitsausweis TCM-Akupunktur (CH). Neben der klassisch psychiatrischen Arbeit Leiterin Sprechstunde TCM in Psychiatrischer Klinik sowie Projekten Komplementärmedizin in der Psychiatrie. Ausbilderin der NADA Schweiz und Deutschland und Vorstandsmitglied NADA Schweiz. Ausbildungsleitung des Zertifikatskurses Integrative Psychosomatik Chiway (CH). In eigener Praxis.



SEIRIN° B-TYP

Die BESTE für Ihre Patienten!

Diamantscharf geschliffene Nadelspitzen für nahezu schmerzfreie Anwendung

Kostenloses Muster BESTELLEN



3bscientific.com

Heidelberger Straße 26 01189 Dresden • Germany Tel: 0 351 40 390-214 Fax: 0 351 40 390-90 E-Mail: akupunktur@3bscientific.com

DT ZTSCHR F AKUP. 59, 1/2016 | 27 | DZA

16 | DT ZTSCHR F AKUP. 60, 1/2017



T. Ots

Das NADA-Protokoll in Sucht und Psyche

Übersicht und Definition der nächsten Forschungsaufgaben

The NADA-protocol with respect to addiction and psyche

Outline and definition of upcoming research tasks

Zusammenfassung

Das NADA-Protokoll ist eine beliebte und schnell wachsende komplementäre Therapieform für Menschen mit Abhängigkeiten, Menschen unter Druck, in psychosozialen Notsituationen sowie psychiatrischen Erkrankungen. Die Studienlage zum NADA-Protokoll ist uneinheitlich. Dies hat drei Hauptgründe: Inadäquate Forschungsmethodik, eingeschränktes Verständnis über die Wirkweise des NADA-Protokolls, sowie eingeschränktes Verständnis über die Komplementarität des NADA-Protokolls. Aus einer Bewertung der wichtigsten Studien heraus wird eine Forschungsstrategie abgeleitet. Die Zukunft der Evaluation des NADA-Protokolls liegt in der Forschung unter Bedingungen der Normalversorgung (Comparative Effectiveness Research = Untersuchung der effectiveness statt der efficacy). Als Kontrollgruppen sollten keine vermeintlichen Plazebo- oder Sham-Techniken dienen, sondern validierte und gut eingeführte Therapieformen. Diese Forschung sollte auch die sich entwickelnde Akupressur im Rahmen des NADA-Protokolls einschließen.

Schlüsselwörter

NADA-Protokoll, Ohrakupunktur, Abhängigkeitserkrankungen, Drogenentzug, Stress, komplementäre Therapie, psychiatrische Störung

Abstract

The NADA-protocol is an acclaimed and rapidly expanding complementary form of therapy suited to treat individuals suffering from dependencies, pressure, psychosocial emergencies, and psychiatric disorders. The study situation with regard to the NADA-protocol is inconsistent for three main reasons: inadequate research methodology, a limited comprehension of the mode of action of the NADA-protocol, as well as a limited understanding of the NADA-protocol complementarity. Successive to an evaluation of the major studies, a research strategy is derived. The future of evaluating the NADA-protocol arises from research performed under conditions according to general standards of care (comparative effectiveness research = study of effectiveness instead of efficacy). Alleged placebo or sham-techniques should not be used as controls, rather validated and well introduced forms of therapy should be applied. This research approach should integrate the evolving acupressure within the context of the NADA-protocol.

Keywords

NADA-protocol, ear acupuncture, dependency disorders, drug withdrawal, stress, complementary therapy, psychiatric disorders

Zur Situation

Das NADA-Protokoll mit dem standardisierten 5-Punkte-Schema der Ohrakupunktur als Zentrum hat sich in den letzten Jahren zur beliebtesten komplementären Therapiemethode in der Arbeit mit abhängigen und psychisch kranken Menschen entwickelt. Diese Situation ist durch einen auffälligen Widerspruch gekennzeichnet. Der wachsenden Begeisterung seitens der PatientInnen bzw. Klient-Innen wie auch der TherapeutInnen über diese Methode stehen unbefriedigende, weil uneinheitliche Forschungsergebnisse gegenüber: Obwohl als sehr sichere und einfache Methode beschrieben, schwanken die Forschungsergebnisse von wenig zufriedenstellend bis statistisch signifikant. Es gibt zwei systematische Reviews mit unentschiedenem Ergebnis, eine Meta-Analyse existiert noch nicht. Für dieses Schisma gibt es drei Hauptgründe, die in dieser Arbeit analysiert werden sollen:

- 1. Inadäquate Forschungsmethodik
- Eingeschränktes Verständnis über die Wirkweise des NADA-Protokolls
- Eingeschränktes Verständnis über die Komplementarität des NADA-Protokolls

Zur geschichtlichen Entwicklung

Die Ohrakupunktur war erst 20 Jahre zuvor vom französischen Arzt Paul Nogier entwickelt worden [1], als die Hongkonger Neurochirurgen HL Wen und SYC Cheng diese neue Methode zur Anästhesie bei Operationen einsetzten. Sie stellten dabei fest, dass opiumabhängige Patienten mit post-operativen Entzugs-

erscheinungen nach der Akupunktur-Anästhesie über eine Erleichterung ihrer Entzugssymptome berichteten, sich gleichzeitig wacher und entspannter fühlten und weniger Verlangen ("Craving") nach dem Suchtstoff hatten [2].

1973 erfolgte die erste Veröffentlichung beider Ärzte zur Therapie der Sucht mittels Ohrakupunktur mit einer vereinfachten, aber stationär durchgeführten Methode: Es wurde lediglich beidseits das Areal "Lunge" in der Concha inferior genadelt und elektrisch stimuliert: langsame Steigerung von 0 auf 125 Hz. Die Dauer der Stimulation war abhängig von der Situation des Patienten – durchschnittlich 30 Minuten. Während der ersten Tage wurden zwei bis drei Sitzungen durchgeführt, dann über vier bis fünf Tage nur noch eine Sitzung. Wenn der Patient kein weiteres Craving angab, wurde er ambulant weiterbehandelt. Die Autoren betonten, dass das von ihnen entwickelte Verfahren als komplementäre Methode, nicht als Antwort auf das Drogenproblem zu verstehen ist [2].

Diese Methode wurde Ende der 1970er-Jahre am Lincoln Recovery Center in der Bronx, New York, unter der Leitung des Psychiaters Dr. Michael Smith, übernommen, verändert, ergänzt und zum NADA-Protokoll ausgebaut, das die alte Methadon-Therapie in diesem Zentrum weitgehend verdrängte [3–5].

Dem Ohrpunkt Lunge wurden vier weitere Punkte an die Seite gestellt: Leber und Niere wegen ihrer Entgiftungsfunktion, Vegetativum I (Punkt 51; im englischen Sprachgebrauch: sympathetic) zur Regulierung des Sympathicustonus, Punkt *Shenmen* (55) we-

gen seiner schmerzlindernden und die Konzentration fördernden Eigenschaften. Auf die elektrische Stimulation wurde verzichtet. Diese wäre in Anbetracht der erhöhten Nadelzahl und der Anzahl der Patienten (mehrere hundert/die) undurchführbar gewesen. Die Ohrakupunktur wurde von dem Team um Michael Smith ergänzt durch einen Begegnungsstil zwischen Therapeut und Patient, der am besten mit niederschwellig, weil wertschätzend, nonkonfrontativ und non-verbal, beschrieben werden kann. Während des Akupunktursettings werden keine Gespräche geführt, der Patient muss sich nicht zu den Gründen äußern, die ihn in die Behandlung führen, er muss sich nicht rechtfertigen, er muss sich nicht schämen und wird in keine Situation geführt, in der er möglicherweise zum Lügen gezwungen ist. Empfohlen wird, die Behandlung in der Gruppe durchzuführen. Wer behandelt werden möchte, hebt nach Säuberung der Ohren die Hand, der Therapeut stellt nur einige wenige Fragen, z. B. ob er den Kopf des Patienten berühren darf, ob dieser den Kopf etwas mehr zur Seite legen könne (wegen der Stichtechnik des zumeist stehenden Therapeuten). Das gesamte Ablaufschema erhielt den Namen "NADA-Protokoll" [6]. War diese Methode in den Anfangsjahren noch ganz auf die Therapie von abhängigen PatientInnen konzentriert, so wandelte sich das Klientel um die Jahrtausendwende. Immer mehr nichtabhängige Patienten mit unterschiedlichen Störungen konnten erfolgreich behandelt werden. Inzwischen gilt das NADA-Protokoll als eine "Stress reduzierende" Methode [7], die vielfachen Einsatz bei sozialen und Naturkatastrophen [8, 9] sowie auch bei der einfachen Stressreduktion von Feuerwehrleuten, Polizisten, Rettungskräften ("first responder") erfährt [10]. Die Organisation Acupuncturists Without Borders hatte Einsätze in 30 Ländern weltweit, hat 3.500 Therapeuten ausgebildet und 1 Million Behandlungen durchgeführt (Stand 5. Januar 2017) [11].

In den deutschsprachigen Ländern arbeitet ein großer Teil psychiatrischer und Drogen-Einrichtungen mit dem NADA-Protokoll. Die Fachklinik Bokholt nördlich von Hamburg bietet Drogenentzug für Jugendliche und Erwachsene an. Die Jugendlichen können zwischen opiatgestütztem oder NADA-basiertem Entzug wählen, bei Erwachsenen wird nur das NADA-Protokoll, optimiert durch einige Punkte der Körper-Akupunktur, vor allem für den Schlaf, eingesetzt. Bereits 2012 waren mehr als 10.000 Patienten auf diese Weise entzogen worden. Die Klinik zeichnete sich durch eine sehr hohe Haltequote von ca. 90 % aus [12]. Elisabeth Stuyt, die derzeitige Vorsitzende der NADA-USA, schätzt die Zahl der weltweit ausgebildeten NADA-Therapeuten auf 25.000 [13].

In Deutschland arbeiten geschätzte 80 % der Psychiatrischen und 20 % der Psychosomatischen Kliniken sowie über 30 % der Suchteinrichtungen mit NADA.

Zur Forschung zu NADA

Das NADA-Protokoll entwickelte sich in den USA als gemeindenahe ("community-based") Methode, die erst später und vornehmlich außerhalb der USA von der Welt der Universitätsmedizin beachtet wurde. In Anbetracht der enormen Beliebtheit der jungen Methode wurde es notwendig, das Protokoll gemäß der Leitlinien der "Evidence based medicine" zu untersuchen. Das Forschungsvolumen ist überschaubar, die Ergebnisse nur leicht positiv, und zwar überwiegend aus drei forschungsbezogenen Gründen.

Das vermeintliche Plazebo

Verschiedene Studien zeigten die gleichen Fehler, wie wir es bei den großen deutschen Modellvorhaben der Akupunktur (2000–2006) erlebt haben. Die Ohrakupunktur wurde mit Verfahren verglichen, die man für Plazebo hielt, indem z. B. "falsche" Ohrpunkte, d. h. andere als die fünf Ohrpunkte des NADA-Protokolls, als Kontrolle gewählt wurden [14–19]. Inzwischen hat sich die Sicht durchgesetzt, dass diese Kontrolle kein Plazebo ist [20, 21]: Jede Reizung und Penetration der Haut hat einen bestimmten Effekt, sie muss korrekterweise als Sham bezeichnet werden, d. h. als angenommen inkorrekte, aber doch in gewisser Weise einen Effekt erzeugende Therapie. Wenn sich zwischen Verum- und Sham-Ohrakupunktur kein großer Unterschied zeigte, wurde von den Studienautoren oft fälschlicherweise geschlossen, dass eine Wirkung der NADA-Ohrakupunktur nicht nachgewiesen werden könne, da ja nicht besser als "Plazebo".

2013 untersuchte White [22] 48 RCTs zur Therapie von Abhängigkeiten bei Alkohol, Kokain, Nikotin und Opioiden, die unterschiedliche Akupunkturmethoden einschloss (Körper- sowie Ohrakupunktur, Nadeln, Laser). Diese Studie kam zu einem schwach positiven Ergebnis für die Wirksamkeit von Akupunktur allgemein bei Suchtkrankheiten. Wurden die NADA-Studien jedoch isoliert betrachtet, zeigte sich, dass bei Nicht-Nadel-Kontrolle 80 % der NADA-Studien positiv waren gegenüber 33 % positiver Ergebnisse bei Sham-Kontrollen. Für die NADA schlug White vor, dass als Kontrollen absolut inaktive Methoden verwendet werden sollten. Auf diesen problematischen Vorschlag soll im Abschnitt "Empfehlungen" noch eingegangen werden.

Ein weiterer Fehler vieler Studien soll hier nur kurz erwähnt werden: Zwei- oder gar dreiarmige Studien mit unter 100 Probanden sollten eigentlich obsolet sein, sie sind absolut "underpowered".

Die isolierte Untersuchung der Ohrakupunktur

Die meisten Forschungen untersuchten nicht das NADA-Protokoll, sondern die 5-Punkte-Ohrakupunktur, d. h., die Akupunktur wurde als pars pro toto untersucht.

Es gehört jedoch zur Erfahrung aller NADA-TherapeutInnen und wird auch so gelehrt -, dass der wertschätzende, nonverbale, non-konfrontative Behandlungsstil im Rahmen einer Gruppensitzung ein gewichtiger, untrennbarer Bestandteil des NADA-Protokolls ist. Vor allem das Sitzen in der Gruppe ist eine hilfreiche Unterstützung für abhängige Patienten im Entzug, da das NADA-Protokoll ja nicht die Entzugssymptome und das Craving auf null runterfährt: Die Ohrakupunktur ist eingebettet in eine bestimmte, durch die zugewandten Therapeuten garantierte und für die Psyche der Klienten wichtige Atmosphäre. Dies zeigte sich besonders deutlich in einer Subgruppenanalyse von Borderline-Patienten, einer Studie mit Doppeldiagnose Drogenabhängigkeit und psychischer Krankheit. Normalerweise zeigen gerade Borderline-Patienten wegen reduzierter Stress-Toleranz geringe Haltequoten. In dieser Studie schnitten die Borderline-Patienten der NADA-Gruppe signifikant besser ab als jene ohne NADA [23].

Eine dreiarmige Studie für Drogenentzug, bei der NADA in Einzeltherapie angeboten wurde, also nicht als NADA-Protokoll angeboten wurde, zeigte keinen signifikanten Unterschied zwischen NADA und Entspannungstechniken. Interessanterweise zeigte jedoch die NADA-Gruppe eine statistisch hochsignifikante kleinere Drop-out-Rate im Verhältnis zur Standardtherapie und Entspannung [24].

Das Nicht-Verständnis der NADA-Therapie als komplementärer Methode

Ein dritter Fehler liegt in der Nichtbeachtung der Eigendeutung des NADA-Protokolls als komplementärer Therapieform. Dies

Pers. Mitteilungen der NADA-Trainer Richard Musil und Ralph Raben



wird vor allem in der Therapie psychisch erkrankter Patienten offensichtlich: Auch mit dem kompletten NADA-Protokoll wird keine PTBS, kein Burn-out, keine Depression, keine Angststörung als alleiniger Therapieform behandelt [25]. NADA ist ein Komplement innerhalb eines Gesamtansatzes. Dieses Gesamtkonzept kann sowohl psychotherapeutische als auch pharmakologische Therapien einschließen. Es gilt als allgemeine NADA-Erfahrung – und wird auch entsprechend gelehrt – dass das NADA-Protokoll viele, vor allem schwierige, verschlossene Patienten, für weitergehende Therapien öffnet [26]. Die Wirkung des NADA-Protokolls liegt neben der Verminderung verschiedener Symptome in einer Entängstigung, einer stärkeren Resilienz und darüber hinaus in einer Selbstermächtigung (empowerment), in einem freudvollen Erkennen eigener, vorher verschütteter Möglichkeiten [27]. Das NADA-Protokoll kämpft nicht gegen Krankheiten, es macht die PatientInnen stärker [7, 28]. Dieses neue Selbstbewusstsein ist die Basis eines Therapieerfolges. Ob die PatientInnen dann das weitergehende Ziel - Überwindung der Sucht, Überwindung einer psychischen Störung - erreichen oder nicht, liegt an weiteren Faktoren außerhalb des NADA-Protokolls, nicht zuletzt des sozialen Umfeldes und der Nutzbarmachung von Ressourcen.

Das NADA-Protokoll ist nicht eine "stand-alone intervention" [13]. Dies wurde indirekt durch eine Multi-Center-Studie an 620 Kokain-Usern (NADA, +vs. Sham, +vs. Entspannung) bei begleitender Psychotherapie demonstriert. Alle drei Arme zeigten in den Urin-Tests einen verminderten Gebrauch von Kokain, keine Methode zeigte sich einer anderen überlegen. Die Autoren gaben einschränkend zu bedenken, dass die psychotherapeutischen Sitzungen in allen drei Armen sehr schlecht wahrgenommen wurden, kamen aber eigenartigerweise zum Ergebnis, dass NADA bei fehlender psycho-sozialer Unterstützung nicht indiziert sei. Die korrekte Aussage wäre gewesen, eben diese psychosoziale Unterstützung als unabdingbare Voraussetzung für einen erfolgreichen Drogenentzug mit komplementärem NADA-Protokoll einzufordern [29]. Der Arbeitsgruppe um Bier gelang in einer dreiarmigen RCT-Studie zum Nikotin-Entzug ein direkter Nachweis des komplementären Charakters des NADA-Protokolls [30]:

- NADA-Protokoll allein: 10 % Erfolgsquote
- Sham-Akupunktur + Edukation + Psychotherapie:
 22 % Erfolgsquote
- NADA-Protokoll + Edukation + Psychotherapie: 40 % Erfolgsquote

Das Besondere an diesem Studienergebnis: Die Effekte von NADA, Edukation und Psychotherapie führen in Kombination nicht zu einer einfachen Addition, sondern sie wachsen in Kombination exponentiell. Hier finden wir wieder einen Beweis für den aristotelischen Lehrsatz, dass das Ganze mehr als die Summe seiner Teile ist [31].

Ergebnisse für die Studien dieses Textes

- Für das NADA-Protokoll positive Studien
- 2. Studien, die keinen Nutzen für NADA feststellten
- 2a. davon NADA vs. Sham

(entsprechende Quellenangaben)

14, 17 (obwohl vs. Sham und Entspannung), 22, 23, 28, 30, 32, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 49, 50, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65

15, 16, 17, 18, 19, 28, 29, 66, 67, 68,

15, 16, 17, 18, 19, 28 (vs. Sham und Entspannung)

Fazit: Viele Forschungen zum NADA-Protokoll haben aus den obigen drei genannten Gründen die Ergebnisse entweder falsch bewertet (Plazebo/Sham), andere haben nicht die eigentliche Wirkung des NADA-Protokolls untersucht. Sie untersuchten die Wirkung der Nadelung von fünf Ohrpunkten. Der Mitschnitt eines Life-Konzertes, in dem Musiker und das Publikum interagieren und die Begeisterung des Publikums die Musiker anfeuert, entfaltet eine andere Wirkung als eine noch so gute Studioaufnahme.

Empfehlungen für die weitere Forschung: Routineversorgungs-Forschung

In den letzten Jahren hat sich die Erkenntnis breitgemacht, dass die bislang geübte Methodik der EBM-Ergebnisse zeitigt, die nur bedingt bzw. nicht immer klinische bzw. praktische Relevanz besitzen [32, 33]. Bislang wurde die efficacy (Wirksamkeit unter idealen [Labor-]Bedingungen) untersucht, nicht die effectiveness (Wirksamkeit unter Bedingungen der Routineversorgung; auch Nutzwirksamkeit), d. h. die Wirkung einer bestimmten Methode unter echten lebensweltlichen Bedingungen [34, 35]. Dieser neue Trend in der Forschung, von dem US-amerikanischen Institute of Medicine (IOM; kürzlich umbenannt in Health and Medicine Division; HMD) 2009 als Comparative Effectiveness Research (CER) veröffentlicht [36], wird am besten als Routineversorgungs-Forschung übersetzt. Das Ziel ist, Konsumenten, Klinikern, Verwaltungen, Planern und Politikern informierte Entscheidungshilfen an die Hand zu geben, die die Gesundheit sowohl auf dem individuellen als auch dem gesellschaftlichen Level verbessern.

Zum besseren Verständnis: Die Nutzwirksamkeit eines Medikamentes bei über 60-Jährigen zu studieren, würde bedeuten, es im Rahmen der fünf bis zehn weiteren Medikamente zu untersuchen, die diese Patientengruppe durchschnittlich von ihren Ärzten verschrieben bekommt (wobei ganz individuell untersucht werden müsste, welche der verschriebenen Medikamente tatsächlich eingenommen werden).

Um Missverständnissen vorzubeugen: Auch Forschungen der Routineversorgung entsprechen dem "Gold-Standard" der EBM, wenn sie randomisiert und kontrolliert durchgeführt werden. "Plazebo" ist keine Bedingung der EBM. Und die Frage der Verblindung stellt sich beim Vergleich zweier Methoden nur für die Auswerter der Studie.

Anmerkung: Die CER gilt auch für den technischen Bereich, wie die alarmierende Studie des ICCT (international Council on Clean Transportation) vom Januar 2017 klarmachte: Unabhängig von den 2016 aufgedeckten Betrügereien verschiedener Automobilhersteller entsprechen die labormäßig getesteten Abgaswerte der Diesel-Pkws in keiner Weise den Werten unter realen Fahrbedingungen [38].

Einige bislang durchgeführte Studien zum NADA-Protokoll unter realen Bedingungen wandten die bekannte Vorher-Nachher-Methodik an, bei der die PatientInnen zu verschiedenen Items mittels einer Visuellen Analogskala befragt wurden [39, 40]. Diese Verlaufsstudien gaben zwar Auskunft über die Selbsteinschätzungen der PatientInnen, die zumeist statistisch signifikant positiv waren, doch gaben sie den entscheidenden Stellen keinen Vergleichswert an die Hand. Es fehlte die Kontrollgruppe. Und hier fällt oft und sehr schnell die Forderung nach dem Plazebo. In der Medikamentenforschung mag das Plazebo eine wichtige Kontrolle sein, in der Forschung an abhängigen und psychisch kranken Menschen wäre es unethisch, aber auch nicht notwendig: Es gibt inzwischen verschiedene validierte, gut eingeführte komplementäre Behandlungsmethoden. Es liegt also nahe, das

Definitionen und Charakteristika [37]

Comparative Effectiveness

- 1. zielt direkt ab auf eine spezifische klinische Entscheidung aus der Patientenperspektive oder auf eine gesundheitspolitische Entscheidung auf der Bevölkerungsebene,
- 2. vergleicht mindestens zwei Therapiealternativen, die beide ein Potenzial für "best practice" haben,
- 3. stellt Ergebnisse für die Gesamtpopulation und relevante Subgruppen dar,
- 4. misst Ergebnisparameter (Nutzen und Risiko), die relevant für Patienten sind,
- 5. verwendet Methoden und Datenquellen, die zur anstehenden Entscheidung passen,
- 6. wird in einem Setting durchgeführt, das dem gleicht, in dem die Intervention angewendet wird oder werden soll.

Efficacy

beschreibt das Ausmaß, zu dem eine spezifische Intervention unter idealen Ausgangsbedingungen wirksam ist und lässt sich am ehesten mit Wirksamkeit unter Idealbedingungen übersetzen. Das Ziel ist, unter maximal kontrollierten Umgebungsbedingungen den spezifischen Effekt einer Intervention messbar zu machen, wenn er vorhanden ist. Placebokontrollierte Medikamentenstudien der Phase II und III sind gute Beispiele dafür.

Effectiveness

beschreibt das Ausmaß, zu dem eine Intervention, wenn in der Normalversorgung angewendet, für die entsprechende Population wirksam ist und lässt sich am ehesten mit Wirksamkeit in der Normalversorgung übersetzen.

NADA-Protokoll im Vergleich zu diesen Methoden, zumeist verschiedene Formen der Entspannungstechniken wie die Progressive Muskelrelaxation (PMR), zu untersuchen.

Diesen Vergleich finden wir in einer in Deutschland durchgeführten Studie. Diese untersuchte die Wirkung des NADA-Protokolls auf das Drogenverlangen, als Kontrollmethode wurde die Progressive Muskelrelaxation (PMR) gewählt. Das Interessante dieser Studie: beide Methoden wurden auch einer nicht-abhängigen Gruppe von Alkoholkonsumenten angeboten. Das Drogenverlangen konnte nur in der NADA-Gruppe signifikant gesenkt werden, das Alkoholverlangen dagegen signifikant durch die PMR. Stressbelastung, Ängstlichkeit und dysphorische Stimmung konnte bei den Opiatabhängigen besser durch NADA, bei den Nichtabhängigen sowohl mittels NADA wie auch PMR signifikant gesenkt werden. Hier zeigten sich Hinweise auf Vorzüge unterschiedlicher Verfahren für unterschiedliche Störungen [41].

Eine US-amerikanische Studie untersuchte stationäre Patienten mit Doppeldiagnose Drogenabhängigkeit und psychischer Krankheit [42]. Die PatientInnen wurden entweder mit einem Entspannungsprogramm oder mit zusätzlicher NADA-Therapie behandelt. Die add-on-NADA-Gruppe zeigte eine längere Halterate sowie signifikante Verbesserungen für die Items Zorn/Ärger (anger), Konzentration, Schlaf, Energie und Schmerzen.

Carter, Psychiater und ein ehemaliger Präsident der NADA-USA, konnte mit einer ähnlichen Studie für das NADA-Protokoll ebenfalls eine deutliche Abnahme der Schwere der Entzugssymptome verzeichnen [43].

Eine andere Fragestellung der Routineversorgungs-Forschung wurde an 8.011 Klienten in Boston durchgeführt. Nur 18 % der Patienten, die ambulant mit dem NADA-Protokoll sowie Psychotherapie behandelt worden waren, wurden innerhalb von sechs Monaten rückfällig gegenüber 36 % derjenigen kurzzeitig stationären Patienten, die kein NADA erhalten hatten [44].

In einer kanadischen Studie hatten drogenabhängige Klienten die Möglichkeit, freiwillig und nach eigenem Belieben an einem NADA-Programm teilzunehmen. Die Therapie wurde über drei Monate fünfmal pro Woche angeboten. Die Verringerung des Drogenkonsums war statistisch hochsignifikant (p = 0.01), die Verbesserung von Entzugssymptomen sowie Schlaflosigkeit und suizidale Ideen lagen immer noch bei p = 0,05. Die Autoren schlussfolgerten, dass NADA in einem gemeindenahen Kontext eine hoffnungsvolle komplementäre Therapieform beim Drogenentzug ist [45].

In einer weiteren kontrollierten Studie zum Drogenentzug wurde die übliche Standard-Therapie vs. add-on-NADA-Protokoll untersucht. Nach sechs Monaten hatte die add-on-NADA-Gruppe eine höhere Halterate (74 % vs. 44 %), eine höhere Rate an negativen Urin-Tests (96 % vs. 85 %), weniger berufliche Ausfalltage (39 vs. 57) und weniger Hospitalisierungen in einer psychiatrischen Station (0 vs. 3 Tage) [46].

Eine kontrollierte Studie NADA vs. Progressiver Muskelentspannung bei Patienten mit Angststörung und Major depressive disorder (MDD) zeigte identisch gute Resultate für unterschiedliche emotionelle Faktoren [47].

Dass Forschung der Routineversorgung auch unter klinischen Bedingungen funktionieren kann, zeigen zwei Studien zur Behandlung methadonpflichtiger Schwangerer bzw. zum Neonatalen Abstinenz Syndrom (NAS). In einer kanadischen Studie erhielten die Mütter in einem stationären Setting einer Drogeneinrichtung randomisiert das NADA-Protokoll bzw. eine Standard-Therapie. Obwohl die NADA-Gruppe eingangs deutlich höhere Dosen von Methadon gewöhnt war, ertrug ein Teil dieser Mütter eine größere Reduktion an Methadon als die Kontrollgruppe. Diese Mütter waren auch stärker compliant, d. h. sie nahmen häufiger und regelmäßiger an den Sitzungen teil. Die Neugeborenen der Compliance-Gruppe konnten 2,1 Tage früher als die der Non-Compliance-Gruppe (Kontrollgruppe) entlassen werden, gegenüber der Kontrollgruppe bestand ein Vorteil von 1,5 Tagen. Doch wegen der Unterpowerung der Studie – als Ergebnis fehlender Compliance – waren beide Ergebnisse nicht signifikant, obwohl finanz- und gesundheitspolitisch wegen der kürzeren Verweildauer sehr interessant [48].

Einen anderen Ansatz wählten Raith et al. an der Universitätsklinik Graz, Abteilung für Neonatalogie. Von 2009 bis 2014 wurden 28 Neugeborene – es gab im Studienzeitraum nicht mehr abhängige Schwangere, die die Einschlusskriterien erfüllten - mit dem Neonatalen Abstinenz Syndrom randomisiert und einfach verblindet entweder mit üblicher pharmakologischer Therapie (Morphin und Phenobarbital) oder als add-on-Therapie zusätzlich mit Laser-Akupunktur therapiert. Die Laser-Akupunkturtherapie setzte sich zusammen aus den fünf NADA-Ohrpunkten sowie vier Körperpunkten: Di 4, He 7, Ni 3 und Le 3. Di 4 wurde als bekannter schmerzstillender Akupunkturpunkt, He 7 wegen seiner beruhigenden und entschleunigenden Wirkung auf die Herzfunktion, Ni 3 zur Unterstützung der Nieren-Energie, Le 3 wegen der schmerzund krampflösenden Eigenschaften ausgesucht. Der Laser wurde eingesetzt, da er absolut schmerzfrei ist und einige Minuten nach der Therapie eine Verblindung garantiert, wenn die Druckstellen durch Aufsetzen des Lasers am Körper verschwunden sind.

Die behandelnden ÄrztInnen und das behandelnde Pflegepersonal, die nach einem bekannten Schema (Finnegan Score) aus der Symptomatik die Größe der Störung, damit die Höhe der Morphingabe und letztendlich den Entlassungstermin für die Neugeborenen berechneten, waren nicht darüber informiert (verblindet), welcher Gruppe das jeweilige Neugeborene angehörte.



Die Neugeborenen der Akupunkturgruppe benötigten 28 Tage lang die pharmakologische Therapie, die der Kontrollgruppe 39 Tage. Das Ergebnis ist signifikant: p = 0.019.

Die Neugeborenen der Akupunkturgruppe konnten nach durchschnittlich 35 Tagen entlassen werden, die der Kontrollgruppe erst nach 50 Tagen. Das Ergebnis ist signifikant: p = 0,048. Der Entlassungstermin ist jedoch nicht so aussagekräftig, weil auch abhängig von der Gesundheit und der sozialen Situation der jungen Mutter zu Hause.

Trotz der kleinen Fallzahl wurde diese Studie als so hochrangig betrachtet, dass sie in der Zeitschrift Pediatrics der American Academy of Pediatrics, einer führenden Fachzeitschrift (Impact Faktor 3.890) veröffentlicht werden konnte [49].

Letztendlich soll noch auf die wohl erste Tierforschung zur NADA-Ohrakupunktur hingewiesen werden, die natürlich nicht das NADA-Protokoll, sondern das 5-Punkte-Schema untersuchte. Bei morphinabhängigen Ratten verhinderte die NADA-Ohrakupunktur die Entwicklung der Morphin-Toleranz. Die Autoren sehen in diesem Ergebnis eine Hoffnung für die NADA-Ohrakupunktur im Einsatz bei Opioid-gestützten Schmerztherapien [50].

Diskussion

Diese Arbeit ist keine systematische Review. Die Übersicht über Studien zu NADA bzw. dem NADA-Protokoll ist aufgrund der Tatsache, dass nicht alle Suchmaschinen benutzt wurden, nicht vollständig. Die benutzten Suchmaschinen decken darüber hinaus nur Studien auf Englisch ab. Das Interesse für diese Arbeit bestand darin, eine Perspektive für weitere Forschung zu entwickeln.

Als ich für diesen Artikel mit der Recherche begann, war ich überrascht, dass viel mehr Studien zu NADA existierten als zuvor von mir angenommen. Das liegt vor allem an der Such-Strategie. Eine Pubmed-Suche allein reicht nicht aus. Von drei Systematischen Reviews [51-53] konnte ich eine nur unter Google Scholar finden [52]. Die Systematischen Reviews [51, 52] geben kein sicheres Urteil zum NADA-Protokoll ab, da etwa gleich viele der eingeschlossenen Studien positiv wie "negativ" für NADA waren. Review [53] kann auch keine sichere Aussage zur Verminderung des Craving bzw. zum Entzug machen, betont aber, dass NADA einen positiven Effekt auf die Haltequote habe und dabei helfe, die Methadondosis beim Entzug bzw. in Substitutionsprogrammen zu verringern.

Ein Teil der Studien erwähnt weder im Titel noch in den Schlüsselwörtern den Begriff NADA. Diese Studien finden sich unter den Suchbegriffen acupuncture, ear acupuncture, detoxification etc. Diese Nicht-Nennung von NADA bzw. dem NADA-Protokoll ist ein weiterer Hinweis darauf, dass die meisten Forschungen nicht von den Anwendern, d. h., den NADA-TherapeutInnen, sondern von einer universitären oder sonstigen Forschungs-Institution

Literatur

- 1. Nogier P. Über die Akupunktur der Ohrmuschel. Dt Ztschr f Akup. 1957;6,3-4:25-33
- 2. Wen HL, Cheng SYC. Treatment of drug addiction by acupuncture and electrical stimulation. Asian J Med. 1973;9:138-141
- 3. Smith MO, Squires R, Aponte J, Rabinowitz N, Bonilla-Rodriguez R. Acupuncture treatment of drug & alcohol abuse: 8 years' experience emphasizing tonification rather than sedation. Am J Acup. 1982;10:161-3
- 4. Smith MO. Acupuncture treatment for crack: clinical survey of 1.500 patients treated. Am J Acup. 1988;16:241-7
- 5. Smith MO, Khan I. An Acupuncture Programme for the Treatment of Drug-addicted Persons. Bulletin on Narcotics 1988;40,1:35-41
- 6. Raben R. Akupunktur nach dem NADA-Protokoll Eine Übersicht zur Sucht-Therapie. Dt Ztschr f Akup. 2004;47,2:35-40

durchgeführt wurden, die von dem oben beschriebenen eingeschränkten Verständnis von NADA ausgingen. Sie waren an den "hard data" (sprich Ohrakupunktur), nicht an den "soft data" (die besondere Aura des NADA-Protokolls) interessiert.

Pubmed-Suche (4. Januar 2017)	
Suchbefehl	Ergebnisse
NADA protocol	24
NADA + ear acupuncture	18
National Acupuncture Detoxification Association	18
NADA + detoxification	16
NADA + ear acupuncture + drug abuse	14
NADA + psychiatry	11
Ear acupuncture	892
Ear acupressure	105

Diese Situation beginnt sich mit dem neuen Schwerpunkt auf Normalversorgungsforschung (Nutzeffektivität statt Effektivität, Forschung unter realen Bedingungen) zu wandeln. Damit rücken die eigentlichen Anwender des NADA-Protokolls, die NADA-TherapeutInnen in den Drogenambulanzen, den psychosozialen Einrichtungen, den (Universitäts-)Kliniken etc., die mit dem NADA-Protokoll arbeiten, in das Zentrum dieser Forschung. Allerdings ist es unbedingt notwendig, dass der Forschung eine Beratung mit einer statistischen Institution vorgeschaltet oder die Forschung in Kooperation mit einer universitären Einrichtung durchgeführt wird.

Die bisherigen Ergebnisse haben eines gezeigt: Das NADA-Protokoll

- ist eine leicht erlernbare,
- leicht in den Kontext einer entsprechenden Einrichtung zu integrierende,
- von den KlientInnen bzw. PatientInnen wie auch seitens der NADA-TherapeutInnen äußerst akzeptierten Therapieform mit
 - enormen Ausbreitungsgeschwindigkeit,
 - die von den meisten Forschungen als
 - sichere und nebenwirkungsarme,
 - unterstützenswerte bis eindeutig empfehlenswerte komplementäre Therapieform eingestuft wird.

Die zukünftigen Forschungen sollten auf "Plazebo-" oder Sham-Forschung verzichten, sie sollten das NADA-Protokoll im Vergleich zu etablierten Therapieformen untersuchen, wobei besonderer Wert auf die lebensweltlichen, emotionellen Veränderungen der behandelten Menschen zu legen ist.

In die Forschung sollte auch die noch junge NADA-Akupressur (Semen vaccaria, Magnetkugeln) einbezogen werden. Zu diesem Thema liegen nur sehr wenige Berichte vor [54–58].

- 7. Raben R. Phasen der Stressbewältigung Traumaverarbeitung und Akupunktur. Dt Ztschr f Akup. 2011;54,4:13-7
- 8. Pimentel-Paredes J. Medical Missions for the Victims of Typhoon Ondoy. Dt Ztschr f Akup. 2010;53,3:45-6
- 9. Yarberry M. The use of the NADA protocol for PTSD in Kenya. Dt Ztschr f Akup. 2010;53,4:6-11
- 10. Reilly PM, Buchanan TM, Vafides C, Breakey S, Dykes P. Auricular acupuncture to relieve health care workers' stress and anxiety. Dimens Crit Care Nurs. 2014;33(3):151-9
- 11. Acupuncturists without Borders. www.acuwithoutborders.org (05.01.2017)
- 12. Weidig W. Akupunktur in Sucht und Psyche Ein Update. Dt Ztschr f Akup. 2012;55,3:11-5

T. 0TS DAS NADA-PROTOKOLL IN SUCHT UND PSYCHE

- 13. Stuyt EB, Voyles CA. The National Acupuncture Detoxification Association protocol, auricular acupuncture to support patients with substance abuse and behavioral health disorders: current perspectives. Subst Abuse Rehabil. 2016:7:169-80
- 14. Washburn AM, Fullilove RE, Fullilove MT, et al. Acupuncture heroin detoxification: a single-blind clinical trial. J Subst Abuse Treat. 1993;10:345-51
- 15. Bullock ML, Kiresuk TJ, Pheley AM, Culliton PD, Lenz SK. Auricular acupuncture in the treatment of cocaine abuse: a study of efficacy and dosing. J Subst Abuse Treat. 1999;16(1):31-8.
- 16. Otto KC, Quinn C, Sung YF. Auricular acupuncture as an adjunctive treatment for cocaine addiction. A pilot study. Am J Addict. 1998;7(2):164-170.
- 17. Avants SK, Margolin A, Holford TR, Kosten TR. A randomized controlled trial of auricular acupuncture for cocaine dependence. Arch Int Med. 2000;160:2305-12.
- 18. Richard AJ, Montoya ID, Nelson R, Spence RT. Effectiveness of adjunct therapies in crack cocaine treatment. J Subst Abuse Treat. 1995;12:401-13
- 19. Wells EA, Jackson R, Diaz OR, Stanton V, Saxon AJ, Krupsko A. Acupuncture as an adjunct to methadone treatment services. Am J Addict. 1995;4:198-214
- 20. Lund I, Näslud J, Lundeberg T. Minimal acupuncture is not a valid placebo control in randomised controlled trials of acupuncture: a physiologist's perspective. Chinese Medicine 2009;4:1; doi: 10.1186/1749-8546-4-1
- 21. Moffet HH. Sham acupuncture may be as efficacious as true acupuncture: a systematic review of clinical trials. J Altern Complement Med. 2009;15:213-6.
- 22. White A. Trials of acupuncture for drug dependence: a recommendation for hypotheses based on the literature. Acupunct Med. 2013;31:297–304
- 23. Stuyt EB. Enforced abstinence from tobacco during in-patient dual-diagnosis treatment improves substance abuse outcomes in smokers. Am J Addict. 2014 Dec 3; Epub
- 24. Ahlberg R, Skarberg K, Brus O, Kjellin L. Auricular acupuncture for substance use: a randomized controlled trial of effects on anxiety, sleep, drug use and use of addiction treatment services. Subst Abuse Treat Prev Policy. 2016;11:24
- 25. Hase H, Balmaceda UM. Über den Wert des NADA-Protkolls in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung. Dt Ztschr f Akup. 2015;58,1:6-9
- 26. http://www.nada-akupunktur.at/cms/index.php?page=wirkungen (05.01.2017)
- 27. Ots T. Leib und Empowerment Zur Phänomenologie der NADA-Ohrakupunktur. Dt Ztschr f Akup. 2013;56,2:34-5
- 28. Berman AH, Lundberg U. Auricular acupuncture in prison psychiatric units:
- a pilot study. Acta Psychiatr Scand. 2002;106:152–7 29. Margolin A, Kleber HD, Avants SK, et al. Acupuncture for the treatment of cocaine addiction. JAMA. 2002;287(1):55-63
- 30. Bier ID, Wilson J, Studt P, Shakleton M. Auricular acupuncture, education, and smoking cessation: a randomized, sham-controlled trial. Am J Pub Health. 2002;92(1):1642-7.
- 31. https://de.wikiquote.org/wiki/Aristoteles: verkürztes Zitat aus Metaphysik VII 10 (???), 1041 b (VII 17 (!!!), 1041b) (05.01.2017)
- 32. Margolin A, Avants SK, Holford TR. Interpreting conflicting findings from clinical trials of auricular acupuncture for cocaine addiction: does treatment context influence outcome? J Altern Complement Med. 2002;8(2):111-1
- 33. Wan L. Complementary and alternative medical treatments: can they really be evaluated by randomized controlled trials? Acupunct Med. 2016;34(5):410-11
- 34. Witt CM, Huang W, Lao L, Berman BM. Which research is needed to support clinical decision-making on integrative medicine? Can comparative effectiveness research close the gap? Chin. J. Integr. Med. 2012;18: 723. doi:10.1007/s11655-012-1255-z
- 35. Witt CM. Efficacy, Effectiveness, Pragmatic Trials Guidance on Terminology and the Advantages of Pragmatic Trials. Forsch Komplementmed 2009;16:292-4; doi:10.1159/000234904
- 36. http://www.nationalacademies.org/hmd/reports/2009/ comparativeeffectivenessresearchpriorities.aspx
- 37. Witt CM, Treszl A, Wegscheider K. Comparative Effectiveness Research -Externer Validität auf der Spur. Dtsch Arztebl 2011;108(46):A 2468-74
- 38. http://www.zeit.de/mobilitaet/2017-01/icct-studie-diesel-pkw-stickoxideausstoss (05.01.2017)
- 39. 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;50,2:10–3
- 40. Schönegger S, Ots T. Wirksamkeit der NADA-Ohrakupunktur bei Menschen mit psychiatrischen Diagnosen im ambulanten Bereich - Eine Verlaufsstudie. Dt Ztschr f Akup. 2013;56,4:9-12
- 41. Grüsser SM, Mörsen CP, Rau S, Partecke G, Jellinek C, Raben R. Der Einfluss von Ohrakupunktur auf das Drogenverlangen und das emotionale Befinden bei Opiatabhängigen und nicht abhängigen Alkoholkonsumenten. Dt Ztschr f Akup. 2005;48,4:20-7
- 42. Stuyt EB, Meeker JL. Benefits of auricular acupuncture in tobacco-free inpatient dual-diagnosis treatment. J Dual Diagn. 2006;2(4):41-52
- 43. Carter KO, Olshan-Perlmutter M, Norton HJ, Smith MO. NADA acupuncture prospective trial in patients with substance use disorders and seven common health symptoms. Med Acupunct. 2011;23(3):131-5
- 44. Shwartz M, Saitz R, Mulvey K, Brannigan P. The value of acupuncture detoxification programs in a substance abuse treatment system. J Subst Abuse Treat. 1999;17(4):305-12

- 45. Janssen PA, Demorest LC, Whynot EM. Acupuncture for substance abuse treatment in the downtown eastside of Vancouver. J Urban Health. 2005;82(2):285-95
- 46. Santasiero RP, Neussle G, Cost-effectiveness of auricular acupuncture for treating substance abuse in an HMO setting; a pilot study, Med Acupunct, 2005;16(3):39-42
- 47. De Lorent L, Agorastos A, Yassouridis A, Kellner M, Muhtz C. Auricular acupuncture versus progressive muscle relaxation in patieants with anxiety disorders or major depressive disorder: a prospective parallel group clinical trial. J Acupunct Meridian Stud. 2016;9:191–9. 48. Janssen PA, Demorest LC, Kelly A, Thiessen P, Abrahams R. Auricular
- acupuncture for chemically dependent pregnant women: a randomized controlled trial of the NADA protocol. Subst Abuse Treat Prev Policy. 2012;7:48
- 49. Raith W, Schmölzer GM, Resch B, Reiterer F, Avian A, et al. Laser Acupuncture for Neonatal Abstinence Syndrome: A Randomized Controlled Trial. Pediatrics 2015:136.5:
- http://pediatrics.aappublications.org/content/136/5/876.long (05.01.2017) 50. Kailasam VK, Anand P, Melyan Z. Establishing an animal model for National Acupuncture Detoxification Association (NADA) auricular acupuncture protocol. Neurosci Lett. 2016;624:29–33
- 51. D'Alberto A. Auricular acupuncture in the treatment of cocaine/crack abuse: a review of the efficacy, the use of the National Acupuncture Detoxification Association protocol, and the selection of sham points. J Altern Complement Med. 2004 Dec;10(6):985-1000
- 52. Lua PL, Talib NS. The Effectiveness of Auricular Acupuncture For Drug Addiction: A Review Of Research Evidence From Clinical Trials. ASEAN Journal of Psychiatry, Vol. 13 (1), January-June 2012:55–68
- 53. Baker TE, Chang G. The use of auricular acupuncture in opioid use disorder: A systematic literature review. Am J Addict. 2016 Dec;25(8):592-602. doi: 10.1111/ajad.12453. Epub 2016 Nov 2.
- 54. Oyola-Santiago T, Knopf R, Robin T, Harvey K. Provision of auricular acupuncture and acupressure in a university setting. J Am Coll Health. 2013;61(7):432-4. doi: 10.1080/07448481.2013.820190
- 55. Tian X1, Krishnan S. Efficacy of auricular acupressure as an adjuvant therapy in substance abuse treatment: a pilot study. Altern Ther Health Med. 2006 Jan-Feb;12(1):66-9
- 56. Leung L, Neufeld T, Marin S. Effect of self-administered auricular acupressure on smoking cessation -- a pilot study. BMC Complement Altern Med. 2012 Feb 28;12:11. doi: 10.1186/1472-6882-12-11
- 57. Chen HH, Yeh ML, Chao YH. Comparing effects of auricular acupressure with and without an internet-assisted program on smoking cessation and selfefficacy of adolescents. J Altern Complement Med. 2006 Mar;12(2):147-52
- White AR, Rampes H, Liu JP, Stead LF, Campbell J. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Jan 23; (1):CD000009. Epub 2014 Jan 23
- 59. Lipton DS, Brewington V, Smith M. Acupuncture for crack-cocaine detoxification: experimental evaluation of efficacy. J Subst Abuse Treat. 1994;11(3):205–15
- 60. Washburn AM, Fullilove RE, Fullilove MT, et al. Acupuncture heroin detoxification: a single-blind clinical trial. J Subst Abuse Treat. 1993;10:345–51
- 61. Bullock ML, Culliton PD, Olander RT. Controlled trial of acupuncture for severe recidivist alcoholism, Lancet, 1989:1:1435-9
- 62. Brewington V, Smith M, Lipton D. Acupuncture as a detoxification treatment: an analysis of controlled research. J Subst Abuse Treat. 1994;11(4):289-307
- 63. Gurevich MI, Duckworth D, Imhof JE, Katz JL. Is auricular acupuncture beneficial in the inpatient treatment of substance-abusing patients?: a pilot study. J Subst Abuse Treat. 1996;13(2):165–71
- 64. Konefal J, Duncan R, Clemence C. The impact of the addition of an acupuncture treatment program to an existing metro-dade county outpatient substance abuse treatment facility. J Addict Dis. 1994;13(3):71–99
- 65. Stuyt EB, Meeker JL. Benefits of auricular acupuncture in tobacco-free inpatient dual-diagnosis treatment. J Dual Diagn. 2006;2(4):41-52
- 66. Killeen TK, Haight B, Brady K, Herman J, Michel Y, et al. The effect of auricular acupuncture on psychophysiological measures of cocaine craving. Issues Ment Health Nurs. 2002;23:445-459
- 67. Bearn J, Swami A, Stewart D. Auricular acupuncture as an adjunct to opiate detoxification treatment; effects on withdrawal symptoms, J Subst Abuse Treat, 2009;36:345-9
- 68. Black S, Carey E, Webber A, Neish N, Gilbert R. Determining the efficacy of auricular acupuncture for reducing anxiety in patients withdrawing from psychoactive drugs. J Subst Abuse Treat. 2011;41(3):279-87]

Widmung und Danksagung

Ich widme diesen Artikel Marco Romoli, dem großen Praktiker und zugleich unermüdlichen Forscher der Ohrakupunktur. Die Gespräche mit ihm sind reiner Genuss und gaben Anstoß zu diesem Artikel.

Danken möchte ich Claudia Witt, deren Vortrag zur Normalversorgungsforschung auf dem ICMART-Symposium 2013 in Wien bei mir ein Licht aufgehen ließ.

Mein besonderer Dank gilt Elisabeth ("Libby") Stuyt, der gegenwärtigen Präsidentin von NADA-USA, die diesen überzeugenden Geist der NADA-Therapeut-Innen für eine bessere Welt mit ewig fröhlich-wachem Forschergeist vereint.

34 | DT ZTSCHR F AKUP. 60, 1/2017



⊠ R. Raben

Stress, Angst und Trauma - wie hilft das NADA-Protokoll?

NADA-Fachtagung, 23./24. September 2016 Institut für Medizinische Psychologie der Universität Heidelberg

75 erfahrene Akupunkteure, die – zum Teil ehrenamtlich und weltweit – mit Akupunktur arbeiten, trafen sich zum Austausch und beantworteten auch Fragen für interessierte Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen: "Es gibt doch viele Methoden der Entspannung. Warum gerade NADA?" Im Folgenden ein Auszug der Vorträge der Fachtagung.

Thema I: Die weltweite Zunahme von Flüchtlingen

als Opfer von Kriegshandlungen und Verfolgung hat auch unser Land erreicht. Es sind viele, und nicht wenige bleiben traumatisiert – mit allen Folgen. Kann ihnen Akupunktur nützen und wie soll das gehen? Die meisten kennen Akupunktur nicht, viele sind äußerst kritisch damit oder haben Angst.

Dr. med. Ute Balmaceda, Psychiaterin und Traumatherapeutin (EMDR), NADA-Akupunkteurin aus dem Zentrum für Stressmedizin Lüneburg und Dr. med. Elisabeth Friedrichs, Allgemeinärztin, Akupunkteurin und Qigong-Lehrerin aus Augsburg (siehe www.grandhotel-cosmopolis.org) fassten ihre Erfahrungen zusammen: 1. Das NADA-Protokoll mit seinem typischen Setting (Gruppe, Wiederholung, klare Struktur, nur wenige Ohrnadeln oder Magnetpflaster [identische Bezeichnungen: Magnetkügelchen, magnetic beads, pearls]) wirkt stabilisierend, stärkend und lindernd auf vegetative Störungen und erreicht Patienten auch ohne Sprache. 2. Ein zentraler Ort in der Einrichtung oder dort, wo auch andere Aktivitäten stattfinden, sowie feste Zeiten, sind günstig für die Akzeptanz. 3. Ein offenes Setting, bei dem die Teilnehmer mit anderen im Raum sitzen, erleichtert die Teilnahme und ermöglicht ängstlichen oder kritischen Menschen zunächst zuzuschauen. 3a. Besser wäre es, die NADA-Gruppe für alle, also nicht nur für Flüchtlinge zu öffnen. 4. Ein einfaches kurzes Infoblatt in Arabisch, Farsi, Englisch ist hilfreich (siehe www.nada-akupunktur.de). 5. Die Anwendung von Magnetpflastern erweitert die Teilnehmerzahl und die Akzeptanz. Stress, Angst und Trauma auch bei den Flüchtlingen und Opfern von Naturkatastrophen.

Wir haben mit Janet Paredes aus Manila und Erna Wenus (Palo Alto) zwei erfahrene engagierte Kolleginnen eingeladen, die uns eindrucksvoll zeigten, wie man mitten in der Katastrophe tausendfach mit dem NADA-Protokoll sinnvoll und effektiv arbeiten kann.

Dr. med. Erna Wenus, Ärztin für Anästhesie, Licensed Acupuncturist und aktives Mitglied der Acupuncturists Without Borders (AWB) aus Palo Alto, Kalifornien, berichtete über ihre Arbeit mit Überlebenden, insbesondere Frauen und Kindern nach dem Erdbeben in Nepal. AWB arbeitet weltweit und ehrenamtlich in Katastrophengebieten zunehmend mit dem NADA-Protokoll.

Ihr Fazit: 1. Die Akupunkteure sollten unbedingt in einem TEAM kommen und arbeiten, nicht als "Einzelkämpfer". Diese Arbeit ist reich an Herausforderungen: Gewalt gegen Frauen und Kinder, Desorganisation vor Ort, fehlende medizinische Versorgung. 2. Das Setting in der Gruppe sorgte für mehr Vertrauen und konnte Hunderte pro Tag erreichen, vor allem Kinder profitier-

ten sehr von großen Gruppen. 3. Behandlung mit Magnetpflastern wirkten so effektiv wie Nadeln; mitunter schien eine einzige Behandlung zu reichen. Wir sahen eindrucksvolle Bilder mitten in der Zerstörung. Manche von uns waren bewegt und weinten: Welch ein Unterschied zu unserer täglichen Arbeit!

Unsere Erfahrungen mit den Magnetpflastern der letzten zehn Jahre, die Erfahrungen damit aus den USA (US-NADA-Konferenz 2013), die Berichte unserer österreichischen Kollegen (Euro-NADA Konferenz Graz 2013 "Nadeln und Perlen") und auch dieser Beitrag führten dazu, dass NADA Deutschland der "Magnetperlenbehandlung" in der Ausbildung größeren Raum gibt. Janet Pimentel-Paredes, aus Manila, NADA-Vorsitzende und -Trainerin Philippines, Vorstand der Philippine Academy of Acupuncture, zeigte uns die unermüdliche NADA-Arbeit in diesem Land: 1. nach den jährlich wiederkehrenden Naturkatastrophen durch Taifune, Überschwemmungen mit Obdachlosigkeit, Tod und Gewalt auf der Straße, 2. NADA-Arbeit in geschützten Räumen (z. B. Kirchen) bei der allgemein verbreiteten – auch sexualisierten - Gewalt gegen Frauen und Kinder, und ließ uns 3. erschauern über die "neue Drogenpolitik". Neu ist, dass Drogenabhängige und verdächtigte Dealer mit aktiver Duldung einiger Behörden, u. a. auch von Polizisten, ermordet werden (etwa 3.500 bis September 2016). Titel des Vortrags "Hoffnung mitten im Drogenkrieg".

Darin zu arbeiten erfordert besondere Fähigkeiten, Beharrlichkeit, Fantasie, Mut und eine unerschütterliche Zuversicht, dass man Opfer auch über Akupunktur, die in eine gemeindenahe Sozialarbeit integriert ist, stärker machen kann. Janet hat in den letzten zehn Jahren – mit internationaler Unterstützung u. a. von Michael Smith – viele NADA-Trainer und Akupunkteure auch auf entlegenen Inseln und in den Bergen ausgebildet. Dafür bewundern wir unsere NADA-Kollegin Janet und danken ihr für ihr Kommen. Nadelspenden für ihr Team sind immer willkommen.

Thema II: Menschen mit psychischen Erkrankungen

Hier hat sich in unserem vergleichsweise sicheren Land innerhalb von zehn Jahren die Zahl verdoppelt: depressive Erkrankungen, PTSD, ADHS, Abhängigkeit von Alkohol, Drogen und Medikamenten, Burn-out auch bei jungen Erwachsenen, sogar bei Jugendlichen.

Was soll Akupunktur daran verbessern?

Dr. med. Adriane Röbe ist Psychiaterin, Psychotherapeutin, NADA-Trainerin und Vorstand der NADA-Schweiz www.nada-acupuncture.ch. Dort u. a. ein guter Film über das NADA-Proto-koll zu beziehen als DVD "NADA SCHWEIZ". Sie arbeitet jetzt in eigener Praxis in Augsburg und zeigte uns, dass sich das NADA-Setting, gerade weil es ohne viele Worte und Fragen auskommt, hervorragend in die Arbeit mit PTSD-Patienten einfügt. Sie ist in idealer Weise mit anderen Therapien kombinierbar und verbessert die Ergebnisse. Sie nennt das NADA-Setting eine Basistherapie zur Stabilisierung und Vermeidung von Übererregung bei der

Traumatherapie. Und interessant zu hören aus dem Mund einer Psychotherapeutin: In der Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen und PTSD liege ein besonderer Wert darin, dass Nähe und Distanz zwischen Therapeut und Patient mit dieser körperlichen Methode leichter herzustellen sind als mit der Sprache allein.

Dr. med. Wolf Jonas, Psychiater und Psychotherapeut, Ärztlicher Direktor der AMEOS-Kliniken Heiligenhafen, Kiel, Preetz und Oldenburg (www.ameos.eu) hat zwischen 2006 und 2016 nach und nach 120 Mitarbeiter seiner Kliniken in der "Behandlung nach dem NADA-Protokoll" ausbilden lassen. Das NADA-Protokoll wurde in die Allgemeine Psychiatrie (auch Behandlung bipolarer Störungen und Psychosen), in die Sozialpsychiatrie, in die Gerontopsychiatrie, in die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen und in die Psychotherapie integriert, z. B. auch in die Behandlung der Wochenbettdepression.

Jonas auf die Frage nach der wissenschaftlichen Evidenz: Antwort: "Die Wirksamkeit ist für das gesamte Personal evident, weil sie die Versorgung unserer Patienten gegenüber früher verbessert hat. Wir würden diesen Aufwand nicht auf Dauer betreiben, wenn wir an der Wirksamkeit zweifeln würden."

Das Fazit des Direktors von vier psychiatrischen Kliniken: hohe Akzeptanz bei Patienten, hohe Akzeptanz bei Mitarbeitern, einfach zu erlernen, einfache Anwendung, sehr gute Verträglichkeit ohne Risiko, gute Behandlungsergebnisse, hohe Patientenzufriedenheit, preiswertes Verfahren, geringer Aufwand. Und die Erfahrungen von der Depressionsstation: in 2,5 Jahren ca. 3.500 Behandlungen, es wird gut angenommen, wird aktiv nachgefragt, hat weniger Ablehnung als bei Ergotherapie und Sport, kaum Abbrecher, 70 % berichten von einer positiven Wirkung.

Frage: "Gibt es irgendeine Kontraindikation gegen die NADA-Behandlung?" Antwort: "Nein."

Dr. Jürgen Rink, niedergelassener Psychologischer Psychotherapeut und Supervisor in Heidelberg und lange Jahre Klinikleiter der Fachklinik Eiterbach für Abhängigkeitskranke beschreibt die Effektivität von Ohrakupunktur auf den Verlauf von Psychotherapien: Die Patienten sind offener, haben weniger Angst und mehr Zuversicht, sie benötigen schließlich weniger Medikation und verzichten eher auf Alkohol. Rink empfiehlt mittels der änderungssensitiven Symptomliste ASS-Sym von G. Krampen (als empirisch valides Messinstrument) die Effektivität von integrierter Akupunktur zu prüfen. Damit wurde auch die Wirksamkeit von Autogenem Training, Muskelrelaxation nach Jakobsen und neuerdings Meditationstechniken wie Yoga gemessen. Erste Messergebnisse in seiner Praxis: körperliche und psychische Erschöpfung bessern sich, innere Anspannung lässt nach, vegetative Dysregulation und Schmerzbelastung bessern sich. Daher hat Rink diese Fachtagung in Heidelberg im Institut für Medizinische Psychologie organisiert und setzt sich dafür ein, dass die einfache Methode zur Verbesserung von Therapieergebnissen unter seinen KollegInnen bekannt und irgendwann komplementär angewandt wird.

Thema III: NADA für eine bessere Stressbewältigung

Akupunktur eignet sich auch für eine bessere Stressbewältigung und kann daher in vielen außerklinischen Bereichen der Gesundheitsförderung und Prophylaxe von Nutzen sein. So wird das NADA-Protokoll in einer Reihe von Betrieben - u. a. den Hamburger Wasserwerken, im Finanzamt Münster, der Innenbehörde Hamburg bei Polizei und Feuerwehr oder für alle Mitarbeiter der Universitätsklinik Eppendorf, Hamburg, angeboten (Stichwort "Burn-out-Prophylaxe).

Herbert Villhauer und Oliver Bauer, Sozialpädagogen und Suchttherapeuten vom Psychosozialen Trägerverein Eimsbüttel (www.psthamburg.de), berichteten über ein Hamburger Stadtteilprojekt: "Beim PST ins Gleichgewicht kommen". Anfangs von NADA finanziell subventioniert und nun seit mehreren Jahren von psychisch Kranken, von Gestressten und von Menschen gemeindenah aufgesucht, die Akupunktur sonst nicht bezahlen könnten: NADA für alle.

Hier sitzen Kranke und Gesunde, mit Nadeln oder Magnetpflastern, oft mehr als 20 in einem großen Raum zusammen. Jeder sucht sich seinen Platz. Man muss sich auch nicht etwa in einen - zu heiligen - Kreis setzen, sondern guckt vielleicht nur aus dem Fenster. Ist das Meditation? Im Verlauf der zwei Stunden kommen und gehen Teilnehmer, nachdem sie etwa 30-45 min dagesessen haben. Es ist eine friedliche Atmosphäre, ohne dass es ganz still wäre. Es ist ein Angebot für alle, die besser mit ihrem Stress im Leben zurechtkommen möchten oder ihre Störungen nicht gleich offen machen wollen. Die Klienten haben dennoch die Möglichkeit, sich für ein Gespräch einen Termin geben zu lassen. Die Akupunkteure haben ein NADA-Zertifikat und arbeiten unter ärztlicher Verantwortung: immer donnerstags von 17 bis 19 Uhr. Die Akupunktur ist kostenlos.

Die Teilnehmer bekommen NADA. Das Wort bedeutet im Spanischen NICHTS und im Kroatischen HOFFNUNG.

Dr. med. Ralph Raben, NADA-Vorsitzender und NADA-Trainer: NADA ist ein besonderer Behandlungsstil, der die Ambivalenz und die Ängstlichkeit gegenüber therapeutischen Interventionen und die eigene Scham berücksichtigt und erst einmal körperbezogen, risikofrei und wenig verbal daherkommt.

NADA ist eigentlich eine Schule. In die geht man auch öfter als einmal. Wir lernen und der Patient lernt. Und beide lernen voneinander. Wir lernen, was der Organismus des Patienten mit der Behandlung alles anfängt. Wir geben dem Körper Impulse und sind gespannt und neugierig, was danach passieren wird. Der Patient lernt, wozu sein mitunter geschundener und erschöpfter Körper imstande ist. Veränderung? Der Körper kann etwas auch ohne Stoff! Unsere innere Haltung ist YIN: Wir sind aufmerksam und ruhig, nicht urteilend und dankbar, wenn der Patient wiederkommt. Wir sind gleichsam die Bodyguards, nicht die Heiler. Der Heiler sitzt vor uns, es sind Leib und Seele, der Organismus des Patienten, der grundsätzlich in der Lage wäre seinen Job zu machen, seine inneren psychischen und vegetativen Störungen zu regulieren und wieder ins Gleichgewicht zu bringen (YIN-YANG). Wenn er Veränderungen bei sich merkt, gibt das neben der Symptomlinderung vor allem Vertrauen in den eigenen Körper und Zuversicht, eine Basis für weitere therapeutische Veränderungen. Und möglicherweise Einsicht etwas im Leben zu verändern.

Die Antwort auf die eingangs gestellte Frage:

"Es gibt doch viele Entspannungsmethoden. Warum gerade NADA?"

"Akupunktur ist mehr als Entspannung!

Sie macht wach und aufmerksam, bringt böse Stimmen im Inneren zum Schweigen, macht Gestresste stärker, sodass sie mehr aushalten.

NADA ist einfach, arbeitet auch dort, wo Sprache versagt und kann leicht in alle Gesundheitsprogramme integriert werden."

Literatursammlung

Stand: 2015 - Übersicht

1. Publikationen in Journalen. Fettgedruckt: Studien, die Wirksamkeit zeigen

Avants, S.K., Margolin, A. et al. (1995). Acupuncture for the Treatmant of Cocaine Addiction. Investigation of a Needle Puncture Control.

Journal of Substance Abuse Treatment. 12 (3): 195-205.

Avants, S.K., Margolin, A., Holford, T.R., Kosten, T.R. (2000). A randomized controlled trial of auricular acupuncture for cocaine dependence. Archives of Internal Medicine, 160(5), 2305-2312.

Berman A.H., Lundberg, U., Krook, A.L., Gyllenhammar, C.: "Treating drug using prison inmates with auricular acupuncture: a randomized controlled trial." *Journal of Substance Abuse Treatment.* 26(2), 95-102, 2004

Berman A.H., Lundberg, U.: "Auricular acupuncture in prison psychiatric units: a pilot study." *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum.* (412),152-157,2002

Bier ID, Wilson J, Studt P, Shakleton M: "Auricular acupuncture, education and smoking cessation: a randomized, sham-controlled trial", *American Journal of Public Health:* v92 n10, 1642-7, 2002

Brewington, V., Smith, M.O. and Lipton, D. (1994): "Acupuncture as a Detoxification Treatment. An Analysis of Controlled Research."

Journal of Abuse Treatment: 11(4): 289-307.

Bullock ML, Culliton PD, Olander RT: "Controlled trial of acupuncture for severe recidivist alcoholism", *The Lancet: 1435-39, Jun 24, 1989*

Bullock ML, Kiresuk TJ, Pheley AM, Culliton PD, Lenz SK: "Auricular acupuncture in the treatment of cocaine abuse", *Journal of Substance Abuse Treatment*: v16 n1, 31-38, 1999

Carter, K.O., Olshan-Perlmutter,M. Norton, H.J. and Smith, M.O. (2011): "NADA Acupuncture Prospective Trial in Patients with Substance Abuse Disorders and Seven Common Health Symptoms."

Medical Acupuncture Journal, 23 (3), p. 131-135.

Eich H, Agelink MW, Lehmann E, Lemmer W, Klieser E: "Acupuncture in Patients with minor anxiety. Results of an experimental study", *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*: März 2000; 68 (3): 137-44

Fegert, B. (2010): NADA-Akupunktur in der Behandlung von Substanzabhängigkeit. Wirksamkeit und methodische Herausforderung.

Bachelorarbeit zur Erlangung des akademischen Grades eines Bachelor of Science. Universität Basel, Fakultät für Psychologie, Abt. Klinische Psychologie. 15.April 2010

Hase, M., Balmaceda, U.M. (2015): "Über den Wert des NADA-Protokolls in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung.

Considering the relevance of the NADA protocol in the treatment of posttraumatic stress disorder."

Dt. Zeitschr. F. Akup., 2015, 58 (1): 6-9.

Hase, M. (2014): "Implementation des NADA-Protokolls in der Psychosomatik Eine begleitende Untersuchung.

Implementation of the NADA protocol in psychosomatic medicine An accompanying study."

Dt. Zeitschr. F. Akup., 2014, 57 (4): 12-16.

Janssen P, Demorest, L and Whynot, E: "Acupuncture for Substance Abuse Treatment in the Downtown Eastside of Vancouver. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy doi:10.1093/jurban/jti054, 2005

Lipton DS, Brewington V, Smith M.O. (1994): "Acupuncture for crack-cocaine detoxification: Experimental evaluation of efficacy, *Journal of Substance Abuse Treatment:* v11 n3, 205- 215

Margolin A, Avants SK, Chang P, Kosten TR: "Acupuncture for the treatment of cocaine dependence in methadone-maintained patients", *American Journal on Addictions: v2n3, 194-201, 1993*

Margolin A, Kleber HD, Avants SK, Konefal J, Gawin F, Stark E, Sorensen J, Midkiff E, Wells E, Jackson RT, Bullock M, Culliton PD, Boles S, Vaughan R: "Acupuncture for the treatment of cocaine addiction. A randomized controlled trial", *JAMA: v287, 55-63, 2002 a*

Margolin A, Avants SK, Holford TR: "Interpreting conflicting findings from clinical trials of auricular acupuncture for cocaine addiction: Does treatment context influence outcome?" *Journal of Alternative and Complementary Medicine: v8 n2, 111-121, 2002 b*

Payer K, Ots T, Marktl G, Pfeifer F, Lehofer M. Patientinnenzufriedenheit mit der NADA Ohhrakupunktur auf einer psychiatrischen Station – Eine Anwendungsbeobachtung. Dt. Ztschr f Akup. 2007;50, 2:10–3 5.

Raben, R. / Uwe Verthein (1999): Akupunktur in der ambulanten Behandlung von Drogenabhängigen. In: Michael Krausz / Peter Raschke (Hg.): *Drogen in der Metropole, Freiburg, S. 217-227.*

Raben R.: Akupunktur in der Behandlung drogenabhängiger Schwangerer. Dt Ztschr f Akup.: 1998;40,2:38–42

Raben, R. Phasen der Stressbewältigung – Traumaverarbeitung und Akupunktur. Dt. Zeitschr. f. Akup., 2011, 54,4: 13-17

Röbe A. NADA-Protokoll bei allgemeinpsychiatrisch erkrankten Patienten einer Schweizer Tagesklinik. Dt. Zeitschr. F. Akup. 2015; 58, 2: 6-9

Shwartz M, Saitz R, Mulvey K, Brannigan P: "The value of acupuncture detoxification programs in a substance abuse treatment system", *Journal of Substance Abuse Treatment:* v17 n4, 305-312, 1999

Smith, M.O.(1988): "Acupuncture Treatment for Crack: Clinical Survey of 1500 patients. *American Journal of Acupuncture, 1988, 13 (4): 241-247.*

Smith, M.O. et al.: "An Acupuncture Programme for the Treatment of Drugaddicted Persons. *Bulletin of Narcotics*, 1988; 40 (1): 35 – 41

Smith, M.O. (1999): "Use of Acupressure Beads in the Treatment of ADHD". Clinical Acupuncture and Oriental medicine: 199; 31-32

Smith, M.O., Carter, K.O., Landgren, K., Stuyt, E.B. (2011). Ear acupuncture in addictions treatment. In Johnson, B.A. (Ed.), *Addiction Medicine, Science and Practice: Volume 1 1237-1262.* Springer: New York.

Stuyt, E.B., Meeker, J.L.:Benefits of auricular acupuncture in tobacco-free inpatient dual-diagnosis treatment. *Journal of Dual Diagnosis*, 2(4), 41-52, 2006.

Thorer, H. und Volf, N. (1999). Akupunktur nach Alkoholkonsum – Eine placebokontrollierte Untersuchung. Veröffentlicht in: Punkte der Wandlung. Verlag für Psychologie, Sozialarbeit und Sucht. Hrsg. Rainer Baudis, 1999, Seite 147 – 156.

Verthein, U, Raben, R, Soer v. J. Ambulante Akupunkturbehandlung bei Drogen- und Alkoholabhängigen – Ergebnisse einer Verlaufsuntersuchung. In: Sucht 46, S. 62-76, 2000.

Verthein, U., Schnackenberg,K, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS): "Umfrage der NADA Deutsche Sektion e. V. zur Verbreitung der Akupunktur in der Behandlung von Suchtkranken in Deutschland". Juni, 2009.

Washburn, A.M., Fullilove, R.E., Fullilove, M.T., Keenan, P.A., McGee, B., Morris, K.A., Sorensen, J.L., Clark, W.W. (1993). Acupuncture heroin detoxification: A single blind clinical trial. Journal of Substance Abuse Treatment, 10 (4), 345-351.

Weidig, W.: Wenn der Suchtdruck den Körper verlässt. Über die Vorzüge von Akupunktur in der Suchtarbeit. KONTUREN, Zeitschrift zu Sucht und sozialen Fragen, 2, 36-39, 2002.

Weidig W. Akupunktur in Sucht und Psyche - ein Update. Dt. Ztschr f Akup. 2021;55,3:11-5

Weidig W. Erfahrungen mit Akupunktur beim Entzug von Jugendlichen in der Fachklinik Bokholt. Dt. Zeitschr. F. Akup. 2004; 47, 3: 24-31

Wen, H.L., Cheung, S.Y.C.: Treatment of drug addiction by acupuncture and electrical stimulation. Asian Journal of Medicine. 9, 138-141, 1973

Zhang ZJ et al.: The effectiveness and safety of acupuncture therapy in depressive disorders: Systematic review and meta-analysis, J. Affect. Disord. 2009

2. Bücher, deutschsprachig:

Baudis R, ed. Punkte der Wandlung – Suchtakupunktur nach dem NADA Protokoll. Rudersberg: Verlag für Psychologie, Sozialarbeit und Sucht; 1999

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





Deutsche Sektion e.V. www.nada-akupunktur.de