

✉ M. Hase^{1,2}, 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 stoffunspecifisch 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, führte dies zur 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.

¹Diana Klinik Bad Bevensen, 29549 Bad Bevensen²Lüneburger Zentrum für Stressmedizin, 21335 Lüneburg³B.Sc., Department of Organisational Psychology, University of Groningen, The Netherlands

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

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 abbilden 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 Nebenwirkungen statt.

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 worden war.

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 Diagnosespektrum 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.

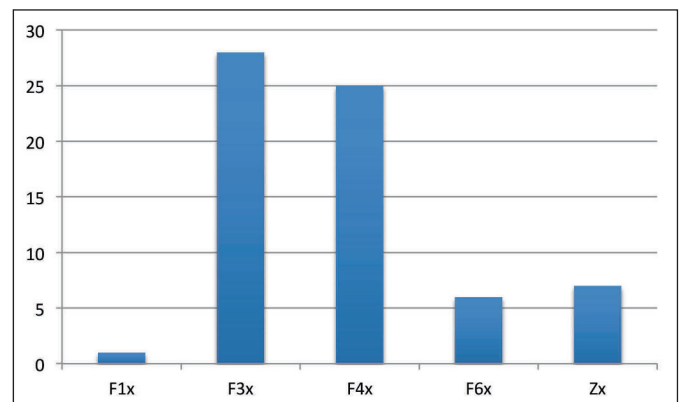


Abb. 1: Verteilung der Ein- und Mehrfachdiagnosen in der untersuchten Patientengruppe gemäß ICD-10 in den Kategorien F1, F3, F4, F6 und Z

Anzahl der Patienten pro Diagnosenkategorie

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, Entspannungsfähigkeit 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,

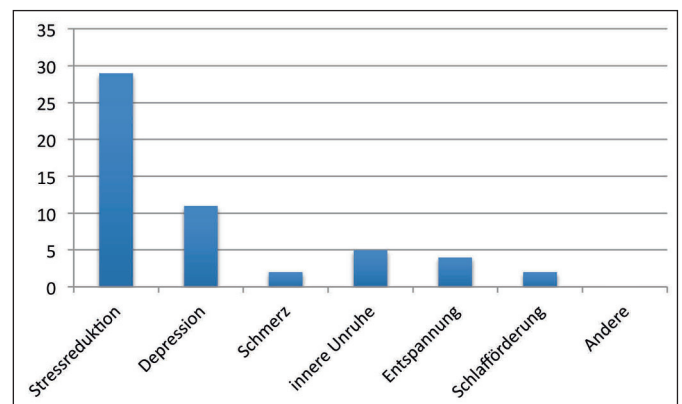


Abb. 2: Zielsymptome der Behandlung
Anzahl der Antworten pro Item

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	Standardabweichung	
GSI (Prä)	1,11	0,71	
GSI (Post)	0,77	0,79	
GSI (Differenz)	-0,35	0,47	
WHO-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.

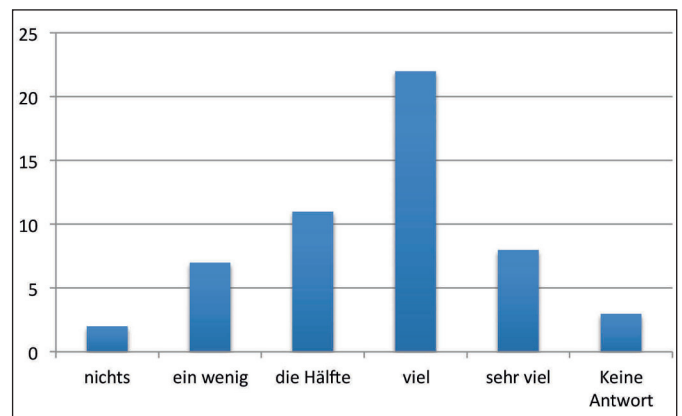


Abb. 3: Beitrag der NADA zum Behandlungsergebnis in subjektiver Einschätzung
Anzahl der Antworten pro Item

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 bleiern Schwere der Depression benannte.

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

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-Akupunktur 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
3. 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 Ohrakupunktur 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
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 Psychotraumatheorie (DeGPT) und präventiver und Anti-Aging Medizin. Hase ist EMDR-Therapeut (EMDRIA Deutschland) und EMDR Senior Trainer am EMDR Institut Deutschland. Akupunktur Ausbildung bei der SMS und CAN. Seit 2010 arbeitet er mit der NADA-Ohrakupunktur. Seit 2000 nationale und internationale Referententätigkeit überwiegend in Psychotraumatheorie und EMDR. Hase ist Chefarzt der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie an der Diana-Klinik und Rehazentrum in Bad Bevensen.

Höchste Qualität

Die neuen SEIRIN® B-Typ Nadeln

Vertraute Qualität mit neuem Griff für noch präziseres Handling. Rufen Sie uns noch heute für Ihre exklusive Musterpackung an.
+49 (0) 35140390219

