

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 Placebo- 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. KlientInnen 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
2. Eingeschränktes Verständnis über die Wirkweise des NADA-Protokolls
3. 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, non-konfrontativ 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 nicht-abhängige 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.¹

Zur Forschung zu NADA

Das NADA-Protokoll entwickelte sich in den USA als gemeindenaher („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 dreiarmlige 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, non-verbale, 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 dreiarmlige 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

¹ 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 dreiarmligen 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].

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

Ergebnisse für die Studien dieses Textes	(entsprechende Quellenangaben)
1. Für das NADA-Protokoll positive Studien	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
2. Studien, die keinen Nutzen für NADA feststellten	15, 16, 17, 18, 19, 28, 29, 66, 67, 68,
2a. davon NADA vs. Sham	15, 16, 17, 18, 19, 28 (vs. Sham und Entspannung)

Definitionen und Charakteristika [37]

Comparative Effectiveness Research

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. Placebo-kontrollierte 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 Nicht-abhängigen 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 Routineversorgungsforschung 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 Drogen-einrichtung 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 schmerz- und 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 einer
 - 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, emotionalen 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. Yarberr 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

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, Näslund J, Lundeberg T. Minimal acupuncture is not a valid placebo control in randomized 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-Protokolls 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, Studd 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-stickoxide-ausstoss> (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 patients 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'Alborto 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 self-efficacy of adolescents. *J Altern Complement Med*. 2006 Mar;12(2):147–52
58. White AR, Ramesh 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: an analysis of controlled research. *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 unermüdeten 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-TherapeutInnen für eine bessere Welt mit ewig fröhlich-wachem Forschergeist vereint.