

# MASTER THESIS

## **Das komplementäre NADA-Protokoll**

**Eine Untersuchung im Rahmen der extramuralen sozialpsychiatrischen Arbeit  
im Psychosozialen Dienst Burgenland**

Zur Erlangung des akademischen Grades  
Master of Science (M.Sc.)

Verfasser/in:	Mag. Katharina Hoics
Personenkennzeichen:	1940061001
Erstbetreuer/in:	DDr. Thomas Ots
Zweitbetreuer/in:	MMag. <sup>a</sup> Janine Pollak

Graz, Februar 2023

## Eidesstattliche Erklärung

Name: Katharina Hoics

Geburtsdatum: 15.06.1982

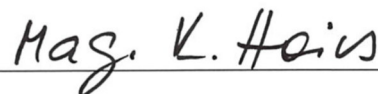
Personenkennzeichen: 1940061001

Ich erkläre hiermit:

- dass ich die vorliegende Masterthesis selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst und noch nicht anderweitig zu Prüfungszwecken vorgelegt habe.
- dass ich keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutze, die den verwendeten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bediene.
- dass die elektronisch abgegebene Arbeit mit der eingereichten Hardcopy übereinstimmt.
- dass ich einwillige, dass ein Belegexemplar der von mir erstellten Masterarbeit in den Bestand der Fachhochschulbibliothek aufgenommen und benutzbar gemacht wird (= Veröffentlichung gem. § 8 UrhG).

Graz, 20.02.2023

(Ort, Datum)



(Unterschrift Studierende/r)

## **Danksagung**

Zahlreiche Menschen haben mich auf vielfältige Art und Weise bei meinem Diplomarbeitsvorhaben unterstützt. Ihnen möchte ich an dieser Stelle danken.

Als Erstes gilt mein herzlichster Dank Herrn DDr. Thomas Ots für die fachliche Unterstützung, die konstruktive Begleitung, die hilfreichen Anmerkungen und Ratschläge während des gesamten Diplomarbeitsprozesses.

Ich bedanke mich bei der Geschäftsführung der Sozialen Dienste Burgenland GmbH – Herrn Dr. Johannes Zsifkovits – und den chefärztlichen Leitungen der Erwachsenenpsychiatrie Süd und Nord, Herrn CA Dr. Gerhard Miksch und Herrn CA Dr. Karl-Heinz Lippl, dass ich die Möglichkeit hatte, die NADA-Studie im Rahmen der Psychosozialen Dienste Burgenland bundeslandweit durchzuführen. Ein großer Dank auch an ihre wertvollen kritischen Diskussionen das NADA-Protokoll betreffend. Von ganzem Herzen danke ich allen meinen NADA-Therapie-Kolleg:innen aus den jeweiligen Beratungs- und Behandlungsstandorten und dem Sozialpsychiatrischem Ambulatorium MA der Psychosozialen Dienste Burgenland für ihre tatkräftige Unterstützung, ihre hilfreichen Impulse, ihre langjährigen Erfahrungen und ihren Zuspruch sich mit dem Thema auseinanderzusetzen und eine Arbeit zu diesem Thema zu verfassen. **Unser gemeinsam gelebter NADA-Spirit!** Lasst uns diesen bitte beibehalten!

Darüber hinaus gilt mein Dank allen Freunden, die mich in den letzten Monaten motiviert, mental und fachlich unterstützt haben.

Ich bedanke mich recht herzlich bei allen Personen die sich zur Teilnahme an den Untersuchungen, auf denen diese Diplomarbeit beruht, bereit erklärt haben und so deren Umsetzung erst ermöglicht haben.

Als Letztes danke ich meiner Hündin Nea, die mir stets ein Lächeln ins Gesicht zaubert und mir selbst danke ich dafür, dass ich zielstrebig berufsbegleitend studiert und diese Diplomarbeit geschrieben habe. Ich habe mir einen Herzenswunsch erfüllt und ein weiteres persönliches Ziel erreicht.

## **Zusammenfassung**

**Hintergrund:** Das NADA-Protokoll ist eine spezielle Form der Ohrakupunktur/Ohrakupressur. Es wurde Mitte der 1980-er Jahre als „National Acupuncture Detoxification Association“ am New Yorker Lincoln Recovery Center als Therapieform für suchtkranke Menschen entwickelt. Inzwischen wird es weltweit als komplementärmedizinische Therapiemethode in zahlreichen unterschiedlichen psychiatrischen stationären, ambulanten und sozialpsychiatrischen Gesundheitseinrichtungen sowie zahlreichen anderen Settings, nach Traumatisierungen durch Naturkatastrophen, in der Flüchtlingsarbeit sowie in Strafanstalten angewendet.

Die Ohrakupunktur basiert auf dem vom französischen Arzt Dr. Paul Nogier 1956 vorgestellten System der Aurikulothérapie: Durch im Ohr gesetzte Reize, zum Beispiel durch Druck, Stich mit einer feinen Nadel oder auch mittels Soft-Laser können körperliche Prozesse beeinflusst werden. Das Ohr stellt ein Somatotop dar, anders ausgedrückt: Abbildung des gesamten Körpers auf einem Teil von sich selbst. Diese Form der Beeinflussung beinhaltet im NADA-Protokoll die Reizung per Nadel (Akupunktur) bzw. durch magnetische Impulse (Magnetpflaster/Akupressur) bis zu fünf standardisierten Punkten. Die Stimulation von Ohrpunkten ist weiterhin eingebettet in eine spezielle Form der Interaktion zwischen Therapeut:innen und Klient:innen, aufgebaut auf den Maximen der Freiwilligkeit, Wertschätzung, Non-Konfrontation, Non-Verbalität und Gruppentherapie. Hierdurch wird eine besondere – für mit einem Scham-Potential behaftete Erkrankungen wichtige – Entängstigung und damit Niederschwelligkeit ermöglicht. In den letzten Jahrzehnten hat sich gezeigt, dass das NADA-Protokoll über die Sucht hinaus auch als komplementäre Therapie für Störungen im psychiatrischen Bereich erfolgreich eingesetzt werden kann. Das standardisierte NADA-Protokoll wird seit mehreren Jahren in fünf Beratungs- und Behandlungsstandorten des Psychosozialen Dienstes Burgenland, als Ergänzung zum multimodalen sozialpsychiatrischen Therapiekonzept angewendet, woraus sich die Forschungsfrage für diese Masterthesis ableitete:

**Forschungsfrage:** Welchen Beitrag kann das komplementäre NADA-Protokoll – als Teil eines multimodalen Therapiekonzepts der Psychosozialen Dienste Burgenland – in der modernen sozialpsychiatrischen, extramuralen, ambulanten Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Menschen leisten?

**Zielsetzung:** Die vorliegende Masterthesis hat das Ziel, mögliche Unterschiede innerhalb einer Stichprobe von Patient:innen mit psychiatrischen Diagnosen zwischen zwei Messzeitpunkten hinsichtlich der Symptomatologie, der Stressbelastung respektive des Stressempfindens im Alltag sowie der Depressionsausprägung zu untersuchen.

Als primäre Zielparameter wurden die drei globalen Kennwerte der Symptom-Checkliste [SCL-90®: „*Global Severity Index (GSI)*, *Positive Symptom Distress Index (PSDI)*, *Positive Symptom Total (PST)*], das Stressempfinden, die Depressionsausprägung und die neun Subskalen der SCL-90® (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/ Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus) definiert.

Als sekundäre Outcomes wurden die Geschlechtsunterschiede hinsichtlich des GSI, des PSDI und des PST und die psychopharmakologische Medikamenteneinnahme, die Inanspruchnahme zusätzlicher Therapieleistungen der Psychosozialen Dienste Burgenland sowie die Diagnosen hinsichtlich möglicher Veränderungen des GSI unter Konstanthaltung des Ausgangswerts definiert.

**Ergebnisse:** Die statistischen Ergebnisse zeigen überwiegend signifikante Verbesserungen der erfassten primären Zielparameter, wohingegen die sekundären Zielparameter keine signifikanten Ergebnisse aufweisen. Die Diskussion und das Fazit bilden den Schlusspunkt der Masterthesis. Im Anhang finden sich Abbildungs-, Tabellen- und Literaturverzeichnis sowie Appendix.

**Schlüsselwörter:** \*psychische Störungen\*, \*Nada-Protokoll\*, \*Nada-Therapie\*, \*Ohrakupunktur\*, \*Aurikulotherapie\*

## **Abstract**

**Background:** The NADA protocol is a special form of ear acupuncture/ear acupressure. It was developed in the mid-1980s as the "National Acupuncture Detoxification Association" at New York's Lincoln Recovery Center as a form of therapy for people suffering from addiction. It is now used worldwide as a complementary therapy method in numerous different psychiatric inpatient, outpatient, and psychosocial health care settings, as well as in numerous other settings including giving aid after trauma from natural disasters or for refugees after political turmoil, and in correctional facilities.

Ear acupuncture is based on the system of auriculotherapy presented by the French physician Dr. Paul Nogier in 1956: physical processes can be influenced by stimuli placed in the ear, e.g., by pressure, prick with a fine needle or also by means of soft-laser. The ear represents a somatotope, in other words: it represents an image of the whole body on a part of itself. In the NADA protocol, the modes of influence include stimulation by needle (acupuncture) or by magnetic impulses (magnetic patch/acupressure) at up to five standardized points. This stimulation of ear points is further embedded in a special form of interaction between therapist and client, based on the principles of voluntariness, mutual appreciation, non-confrontation, non-verbality and group therapy. This enables an atmosphere free of fear for the clients and thus a special low-threshold approach, which is important for disorders with a potential for timidity and shame. In recent decades, the NADA protocol has been successfully used beyond addiction as a complementary therapy for disorders in the psychiatric field.

The standardized NADA protocol has been used for several years in five counseling and treatment locations of Psychosozialer Dienst Burgenland, as a complement to the multimodal psychosocial therapy concept. The research question for this master's thesis was derived from my experiences made in this institution.

**Research question:** What contribution can the complementary NADA protocol - as part of a multimodal therapy concept of Psychosozialer Dienst Burgenland - make in modern psychosocial, extramural, outpatient work with psychically impaired persons?

**Objective:** The aim of this master's thesis is to investigate possible differences within a sample of patients with psychiatric diagnoses between two measurement points with regard to symptomatology, stress load and the perception of stress in everyday life, as well as the degree of depression.

The three global parameters of the symptom checklist (SCL-90®): "*Global Severity Index (GSI), Positive Symptom Distress Index (PSDI), Positive Symptom Total (PST)*", the stress perception, the depression severity and the nine subscales (somatization, obsessiveness, insecurity in social contact, depressiveness, anxiety, aggressiveness/hostility, phobic anxiety, paranoid thinking, and psychoticism) were defined as primary outcome parameters.

Secondary outcomes were defined as gender differences regarding GSI, PSDI and PST and use of psychopharmacological medication, use of additional therapy services of Psychosozialer Dienst Burgenland and diagnoses regarding possible changes in GSI while keeping the baseline value constant.

**Results:** The statistical results show predominantly significant improvements of the recorded primary target parameters, whereas the secondary target parameters do not show significant results. The discussion and conclusion form the final part of the master thesis. Appendix includes list of figures, tables, bibliography and appendix.

**Keywords:** \*mental disorders\*, \*nada-protocol\*, \*nada-therapy\*, \*ear-acupuncture\*, \*auriculotherapy\*

## Inhaltsverzeichnis

<b>THEORETISCHER TEIL</b> .....	1
---------------------------------	---

<b>1 Einleitung</b> .....	1
---------------------------	---

1.1 Soziale Dienste Burgenland GmbH (SDB) .....	2
---	---

1.2 Der Psychosoziale Dienst Burgenland – ein multimodaler Therapieansatz in der sozialpsychiatrischen Arbeit und die Versorgungsmöglichkeiten .....	2
--	---

1.2.1 Klassifikationssystem von psychischen Beeinträchtigungen/ Störungen .....	5
---	---

1.2.2 Akute Belastungsreaktion .....	8
--------------------------------------	---

1.2.3 Posttraumatische Belastungsstörung .....	8
--	---

1.2.4 Anpassungsstörung .....	9
-------------------------------	---

1.2.5 Depression .....	10
------------------------	----

1.2.6 Angststörung .....	11
--------------------------	----

1.2.7 Somatoforme Störung .....	12
---------------------------------	----

1.2.8 Schlafstörung (Insomnie) .....	12
--------------------------------------	----

1.3. Das komplementäre NADA-Protokoll – das neue Modell .....	13
---	----

1.3.1 Die Aurikulotherapie und die Geschichte des komplementären NADA-Protokolls .....	13
--	----

1.3.2 Das komplementäre NADA-Protokoll – deutschsprachiger Raum .....	18
---	----

1.3.3 Komplementär-alternativmedizinische Therapieverfahren bei Erkrankungen .....	20
--	----

1.4. Die Strukturen und die Anatomie des Ohres .....	21
--	----

1.4.1 Das menschliche Ohr und die drei beteiligten Hirnnervenbahnen .....	21
---	----

1.4.2 Die Ohr Nomenklatur und die fünf Ohrpunkte des NADA-Protokolls .....	23
--	----

1.5 Die Psychosozialen Dienste Burgenland und das komplementäre NADA-Protokoll .....	29
--	----

1.5.1. Beschreibung des NADA-Behandlungsablaufes aus Sicht einer Selbsterfahrung .....	30
--	----

1.5.2. Der Aufnahme- und Behandlungsablauf zur NADA-Therapie im PSD Burgenland .....	31
--	----

1.5.3 Voraussetzungen und die Rolle der/des NADA-Therapeut:in .....	33
---	----

1.5.4 Das NADA-Equipment – Arbeitsmaterialien .....	33
---	----

1.5.5 Der NADA-Tee .....	35
--------------------------	----

1.5.6 Datenbankauswertung der Privatleistungserfassungen des NADA-Protokolls im PSD Burgenland (2017 bis 2022) .....	35
--	----

1.6 Einblick über Stand der wissenschaftlichen Erforschung des komplementären NADA-Protokolls .....	41
---	----

1.6.1 Die Verwendungsbereiche, Erfahrungen und Wirksamkeitsstudien .....	41
--	----

<b>EMPIRISCHER TEIL</b> .....	45
-------------------------------	----

<b>2 Einleitung und Zielsetzung der empirischen Arbeit .....</b>	<b>45</b>
<b>3 Fragestellungen und Hypothesen.....</b>	<b>46</b>
3.1. Hypothesen .....	46
3.2 Explorative Fragestellungen .....	56
<b>4 Methodik .....</b>	<b>61</b>
4.1 Stichprobe - soziodemographische und spezifische Beschreibung.....	61
4.2 Rekrutierung der Proband:innen, Aufklärung und Einwilligung .....	67
4.3 Ein- und Ausschlusskriterien.....	67
4.4 Datenschutz .....	67
4.5 Erhebungsinstrumente.....	68
4.5.1 Symptom-Checkliste (SCL-90®) .....	69
4.5.2 Perceived Stress Scale (PSS) .....	71
4.5.3 Allgemeine Depressionsskala (ADS) .....	72
4.6 Untersuchungsdesign .....	73
4.7 Datenanalyse und Statistische Auswertungsverfahren .....	75
4.7.1 Parametrische Verfahren.....	76
4.7.2 Parameterfreie Verfahren.....	77
4.7.3 Überprüfung der Voraussetzung zur Berechnung der statistischen Verfahren .....	77
4.7.4 Reliabilitätsanalyse der eingesetzten Messinstrumente .....	90
<b>5 Ergebnisdarstellung .....</b>	<b>93</b>
5.1 Psychopathologie/ Symptomatologie der körperlichen und psychischen Beschwerden erhoben durch die Symptom-Checkliste (SCL-90®) – „geverity syndrom index (GSI)“ .....	93
5.2 Psychopathologie/ Symptomatologie der körperlichen und psychischen Beschwerden der Symptom-Checkliste (SCL-90®) – „positive symptom distress index (PSDI)“ .....	94
5.3 Psychopathologie/ Symptomatologie der körperlichen und psychischen Beschwerden der Symptom-Checkliste (SCL-90®) – „positive symptom total (PST)“ .....	94
5.4 Stressempfinden – Perceived Stress Scale (PSS-10).....	95
5.5 Depressionsausprägung – Allgemeine Depressionsskala (ADS-L).....	97
5.6 Hypothesentest: Subskala der Symptom-Checkliste (SCL-90®) „Somatisierung“ .....	98
5.7 Hypothesentest: Subskala der Symptom-Checkliste (SCL-90®) „Zwanghaftigkeit“ .....	98
5.8 Hypothesentest: Subskala der Symptom-Checkliste (SCL-90®) „Unsicherheit im Sozialkontakt“ .....	99

5.9 Hypothesentest: Subskala der Symptom-Checkliste (SCL-90®) „Depressivität“ .....	100
5.10 Hypothesentest: Subskala der Symptom-Checkliste (SCL-90®) „Ängstlichkeit“ .....	100
5.11 Hypothesentest: Subskala der Symptom-Checkliste (SCL-90®) „Aggressivität/ Feindseligkeit“ .....	101
5.12 Hypothesentest: Subskala der Symptom-Checkliste (SCL-90®) „Phobische Angst“ .....	103
5.13 Hypothesentest: Subskala der Symptom-Checkliste (SCL-90®) „Paranoides Denken“ .....	103
5.14 Hypothesentest: Subskala der Symptom-Checkliste (SCL-90®) „Psychotizismus“ .....	104
5.15 Hypothesentest: Geschlecht und Psychopathologie/ Symptomatologie der körperlichen und psychischen Beschwerden der Symptom-Checkliste (SCL-90®) – „geverity syndrom index (GSI)“ ..	105
5.16 Hypothesentest: Geschlecht und Intensität der Antworten der Symptom-Checkliste (SCL-90®) – „positive symptom distress index (PSDI)“ .....	105
5.17 Hypothesentest: Geschlecht und Anzahl der belastenden Symptome .....	106
5.18 Hypothesentest: Medikamenteneinnahme und Psychopathologie/ Symptomatologie der körperlichen und psychischen Beschwerden der Symptom-Checkliste (SCL-90®) – „geverity syndrom index (GSI)“ .....	106
5.19 Hypothesentest: Inanspruchnahme zusätzliches Angebot der PSD Burgenland und Psychopathologie/ Symptomatologie der körperlichen und psychischen Beschwerden der Symptom-Checkliste (SCL-90®) – „geverity syndrom index (GSI)“ .....	107
5.20 Hypothesentest: Diagnose und Psychopathologie/ Symptomatologie der körperlichen und psychischen Beschwerden der Symptom-Checkliste (SCL-90®) – „geverity syndrom index (GSI)“ ..	109
<b>6 Zusammenfassung der Ergebnisse.....</b>	<b>110</b>
<b>7 Diskussion .....</b>	<b>115</b>
<b>8 Fazit.....</b>	<b>124</b>
<b>9 Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>128</b>
<b>10 Tabellenverzeichnis.....</b>	<b>130</b>
<b>11 Appendix .....</b>	<b>132</b>
<b>12 Literaturverzeichnis.....</b>	<b>150</b>

## **Vorwort**

Psychische Beeinträchtigungen oder Erkrankungen und ihre Folgen gehören in Österreich zu den zentralen gesundheitspolitischen Herausforderungen. Multiple Belastungsfaktoren, wie besondere Lebensveränderungen oder Lebensereignisse, lösen häufig Stresserleben mit emotionalen, physiologischen, kognitiven und verhaltensbezogenen Reaktionen aus. Interindividuelle Belastungen im sozialen, beruflichen und/ oder familiären Kontext führen oftmals zu psychosozialen Problemen oder psychischen Beeinträchtigungen, die sich in ihrem Ausmaß und ihrer Art durch unterschiedliche Symptomausprägungen und/ oder Störungsbilder unterscheiden und sich abbilden. Das Spektrum der psychischen Beeinträchtigungen oder Erkrankungen verzeichnet in den letzten Jahren ein starkes Wachstum und die Vorkommen sind häufiger geworden (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz - BMAASK, 2018). Es wird geschätzt, dass in Europa im Verlauf eines Jahres rund 27% der Bevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren unter einer diagnostizierbaren psychischen Störung leiden und in Zahlen ausgedrückt heißt dies, dass fast 83 Millionen Menschen pro Jahr in der Europäischen Union unter einer oder mehreren psychischen Störungen leiden (Wittchen & Jacobi, 2005). Laut WHO liegt die geschätzte Prävalenz von psychischen Störungen in der europäischen Region im Jahre 2015 bei 110 Millionen, was 12% der Gesamtbevölkerung entspricht. Wird der Substanzmissbrauch bedingter Störungen zusätzlich miteinbezogen, erhöht sich diese Zahl um 27 Millionen, was insgesamt 15% der Gesamtbevölkerung entsprechen (WHO, 2019). Eine Analyse der Versorgung psychischer Erkrankter, durchgeführt von HVST & SGKK (2011), geht davon aus, dass drei Prozent der österreichischen Bevölkerung schwer von psychischen Erkrankungen betroffen sind. Becker, Hoffmann, Puschner & Weinmann (2008) weisen darauf hin, dass die allgemeine Inanspruchnahme professioneller Hilfesysteme in Deutschland bei ca. 26% liegt, was laut Autor:innen auf einen ungedeckten Behandlungsbedarf hinweist.

Es kann davon ausgegangen werden, dass die Inanspruchnahme von psychiatrischen respektive sozialpsychiatrischen Hilfen in den kommenden Jahren in Österreich deutlich zunehmen wird. Eine Studie des Berufsverbandes Österreichischer Psycholog:innen

(BÖP) von Karmasin Research & Identity durchgeführte repräsentative Studie „Psychische Gesundheit in Österreich“ aus dem Jahre 2020 zeigt auf, dass 39% der befragten Menschen in Österreich bereits in der Vergangenheit oder aktuell von einer psychischen Erkrankung betroffen sind und lediglich 10% der Befragten der Meinung sind, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen ausreichend geholfen wird. Die Bevölkerungsumfrage fand heraus, dass nur rund 31% der Befragten der Ansicht sind, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen ebenso viel Unterstützung bekommen wie Menschen mit körperlichen Erkrankungen und das für 65% der Menschen eine notwendige Behandlung einer psychischen Erkrankung nicht finanzierbar ist. Der ehemalige Gesundheitsminister Österreichs, Herr Rudolf Anschöber, konstatierte bei der Studienpräsentation 2020: „Wir haben nach wie vor Lücken in der Behandlung, vor allem, was den Zugang und die finanziellen Hürden betrifft“.

[Letzter Zugriff am 06.01.2023 unter

[https://www.ots.at/presseaussendung/OTS\\_20200701\\_OTS0106](https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20200701_OTS0106)].

Es lässt daraus schließen, dass es sich bei psychischen Beeinträchtigungen oder Erkrankungen nach wie vor um gesellschaftlich tabuisierte Themen handelt und die Versorgung von psychisch beeinträchtigten Menschen in manchen Teilen Österreichs weiterhin als problematisch einzustufen ist. Laut HVST & SGKK (2011) fehlen vor allem zwischen dem Schnittstellenmanagement stationärer und außerstationärer Versorgung entsprechende Vernetzungsstrukturen und verbindlich durchzuführende Betreuungspläne für psychisch beeinträchtigte Menschen. Es wird viel zu wenig offen über die psychische Gesundheit gesprochen. Es besteht die Notwendigkeit, den Behandlungsbedarf bei psychisch beeinträchtigten erwachsenen Menschen durch extramurale, niederschwellige und innovative Versorgungskonzepte österreichweit bundeslandweit flächendeckend zu gewährleisten und das Versorgungsangebot weiterhin auszubauen.

Zudem stellt die Inanspruchnahme von professionellen Hilfeleistungen in psychosozialen Diensten durch multiprofessionelle Teams und deren multimodale Therapiekonzepte oftmals für Erwachsene aus Angst vor Stigmatisierung, aus Angst vor Diskriminierung, aus Angst vor Konfrontation der Simulation, oder auch aufgrund von immensen Therapiewartezeiten ein Problem dar. Im Jahre 1959 wurde von Herrn Dr. Demel und

Herrn Hofrat Braun, als derartig erste Einrichtung Österreichs, ein gemeinnütziger, privater Verein im Burgenland (Eisenstadt), der zu Anfangszeiten „Burgenländischer Verband zur Fürsorge und Rehabilitation psychisch Behinderter“ genannt wurde, gegründet. Dieser Verein half Menschen mit Suchtabhängigkeiten und Menschen mit psychischen Erkrankungen kostenlos (Festschrift 50 Jahre Psychosozialer Dienst: Beratungsstelle Oberwart, 2015). Diese private Einrichtung wurde einige Jahre später in den Psychosozialen Dienst Burgenland umbenannt. Gegenwärtig stellen die Psychosozialen Dienste Burgenland die elementare stützende Säule – in der Landesversorgung psychisch beeinträchtigter erwachsener Menschen – der Sozialen Dienste Burgenland GmbH dar.

Die Ziele sind unter anderem, psychisch belastete Menschen zu beraten und zu behandeln und in allen Lebensbereichen zu unterstützen. Vordergründig ist es, dass psychische Beeinträchtigungen oder Erkrankungen innerhalb der burgenländischen Bevölkerung enttabuisiert werden und die Entstigmatisierung gefördert wird. In einer Festveranstaltung und der „Psychiatrie-Enquete 2020“ feierte der PSD Burgenland im Jahre 2019 sein 60-jähriges Jubiläum im Schloss Esterházy (Eisenstadt).

Die Beratungs- und Behandlungsstandorte der Psychosozialen Dienste Burgenland (kurz PSD) erlauben – für alle erwachsenen Menschen – einen auf Freiwilligkeit, Niederschwelligkeit, Wertschätzung und auf Vertrauen basierenden Zugang zum gesamten ambulanten Beratungs-, Behandlungs- und Therapieangebot. Der PSD Burgenland verfolgt einen multimodalen Therapieansatz in der modernen sozialpsychiatrischen Arbeit mit psychisch belasteten bzw. beeinträchtigten Menschen und bedient sich unter anderem auch der komplementären Behandlungsmethode des NADA-Protokolls. Durch verbale oder non-verbale tragfähige therapeutische und authentische Beziehungsarbeit und einer Begegnung auf Augenhöhe gelingt oftmals eine erfolgreiche Anbindung an die sozialpsychiatrischen ambulanten Einrichtungen der PSD Burgenland und gewährleistet die notwendigen Inanspruchnahmen der einzelnen und/oder kombinierten multimodalen Therapieansätze – ein möglicher Schlüssel zum Erfolg –, ein offenes Ohr für die psychische Gesundheit der burgenländischen Bevölkerung.

## **THEORETISCHER TEIL**

### **1 Einleitung**

Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist psychische Gesundheit der „Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen“. Die Psychische Gesundheit ist eine Voraussetzung für eine individuelle Lebensqualität. Psychische Krankheit hingegen ist Ursache für großes Leid, welche sich auf alle Lebensbereiche auswirken und nicht nur den Betroffenen per se, sondern auch die Familie, die Freunde und das Arbeitsfeld betreffen können. Ein oftmals nicht enden wollender Teufelskreis.

Zuaboni, Abderhalden, Schulz und Winter (2012) postulieren, dass der Begriff „psychisch krank“ wegen seiner oft stigmatisierenden Wirkung eher vermieden und stattdessen Begrifflichkeiten wie, psychische Lebensprobleme oder psychische Beeinträchtigungen, Verwendung finden sollten. Die Autor:innen Zuaboni & Schulz (2013) betonen, dass „der Fokus auf den Stärken liegt, nicht auf der Diagnose, den Symptomen, Problemen oder möglichen Defiziten“ (S. 109). Aktuell werden nach Hirjak, Schwarz und Meyer-Lindenberg (2021) „psychische Erkrankungen immer noch ausschließlich auf der Basis der beobachtbaren oder berichteten Symptome und in Bezug auf die Reliabilität optimierten Kriterien (gemäß der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)] oder dem diagnostischen und statistischen Leitfaden psychischer Störungen [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)]) klassifiziert, diagnostiziert und therapiert“ (S. 857).

Psychische Krankheiten werden demnach weiterhin traditionell anhand einer bestimmten Anzahl symptombezogener Kriterien in einer gewissen Zeitspanne definiert. Dennoch lassen sich in den letzten Jahren neben der konventionellen, wissenschaftlich etablierten Schulmedizin, auch komplementäre-alternativmedizinische Therapieansätze und Methoden in der Behandlung psychischer Beeinträchtigungen bzw. psychiatrischer

Erkrankungen finden (Frass, Montenegro, Hock, Ots, Mücher & Krenner, 2017). Der Begriff der Komplementärmedizin besteht aus einem breiten Spektrum vieler verschiedener Disziplinen, Behandlungs- und Therapiemethoden, die auf anderen Modellen der Entstehung von Krankheiten und deren Behandlung basieren. Es handelt sich dabei um ergänzende Therapieoptionen in der Behandlung psychischer Störungen. Solche „Alternativmöglichkeiten“, als Ergänzung zur Schulmedizin, erfahren zunehmend an Beliebtheit. Die Nachfrage steigt und die Bereitschaft dafür scheint vorhanden zu sein.

Eine dieser komplementären Behandlungsmethoden ist das standardisierte, komplementäre NADA-Protokoll (National Acupuncture Detoxification Association) das im PSD Burgenland im Jahre 2017 von einer Eigeninitiative einer Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerin (DGKP) der PSD Süd – Frau DGKP Adelheid „Heidi“ Stubits – eingeführt wurde.

### 1.1 Soziale Dienste Burgenland GmbH (SDB)

Die Soziale Dienste Burgenland GmbH (SDB) hat sich in den letzten Jahren um etliche Geschäftsfelder erweitert. Derzeit umfasst die SDB die Psychosozialen Dienste Burgenland (PSD) im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie Süd und Nord (Siehe Abbildung 1), die Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJPP) mit den beiden Standorten Oberwart und Eisenstadt, das Heilpädagogische Zentrum Rust (HPZ Rust), das Netzwerk Kind, die Suchtprävention Burgenland sowie das Frauen- und Sozialhaus Burgenland.

### 1.2 Der Psychosoziale Dienst Burgenland – ein multimodaler Therapieansatz in der sozialpsychiatrischen Arbeit und die Versorgungsmöglichkeiten

*„Im Grunde genommen sind es doch die Verbindungen zu Menschen,  
welche dem Leben seinen Wert geben“  
(Wilhelm v. Humboldt)*

Die PSD Burgenland verfügen gegenwärtig über ein gut ausgebautes und differenziertes Netz an medizinischen und therapeutischen Leistungen. Die Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsleistungen sind für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, Erkrankungen und sozialen Problemen und deren Angehörige sowie für Menschen in

Lebenskrisen. Durch die Etablierung der Beratungs- und Behandlungsstandorte der PSD Burgenland in jedem Bezirksvorort als gemeindenahe extramurale Einrichtung, soll die psychische Gesundheit der burgenländischen Bevölkerung aufrechterhalten und gefördert werden. Im sozialpsychiatrischen Sprachgebrauch wird unter „gemeindenahe“ die Versorgung eines Betroffenen in der Nähe seines Herkunftsortes und die Aufrechterhaltung der sozialen Integration verstanden. Die fünf gegenwärtigen Beratungs- und Behandlungsstandorte (Jennersdorf, Güssing, Oberwart, Eisenstadt und Neusiedl) und die beiden Sozialpsychiatrischen Ambulatorien (Oberpullendorf und Mattersburg) sind für alle burgenländische Erwachsene – diagnoseunspezifisch – zugänglich. Die PSD Burgenland bieten ein extramurales, flächendeckendes, vernetztes psychosoziales Versorgungssystem an und umfassen alle Bereiche der Erwachsenen- und Gerontopsychiatrie.

Es bestehen zahlreiche Kooperationen mit anderen regionalen Trägern und Institutionen, um individuell, Ressourcen, Hilfeleistungen und Versorgungsmöglichkeiten auszuschöpfen und zu gewährleisten. Die sozialpsychiatrischen multimodalen Therapieangebote beinhalten neben den fachärztlich-psychiatrischen, klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Behandlungen in den Ambulatorien auch auf Sozialarbeit und Pflege ausgerichtete Unterstützungen. Je nach individuellem Bedarf erfolgt die Betreuung bzw. Behandlung entweder vor Ort in einem der Beratungs- und Behandlungsstandorte oder aber auch im sozialen, wohnlichen Umfeld des Betroffenen. Abhängig von der Problematik beziehungsweise der Zielvorstellung des Betroffenen werden im multiprofessionellen Team die Behandlungsprozedere besprochen und die einzelnen Disziplinen hinzugezogen. Neben Einzelsettings werden zudem eine große Anzahl an unterschiedlichsten Gruppensettings in den jeweiligen PSDs angeboten.

Im Rahmen des Landesversorgungsauftrages der PSD Burgenland werden alle psychischen Beeinträchtigungen bzw. psychiatrischen Störungen im Erwachsenenbereich behandelt. Die multimodale Diagnostik und der Miteinbezug verschiedener Datenebenen, wie beispielsweise die sozialen, die psychologischen und die biologischen Komponenten, die Verhaltensbeobachtung, etc. erlauben die psychischen und körperlichen Probleme von psychisch belasteten Menschen umfassend zu erfassen und bei Bedarf differenziert zu betrachten.

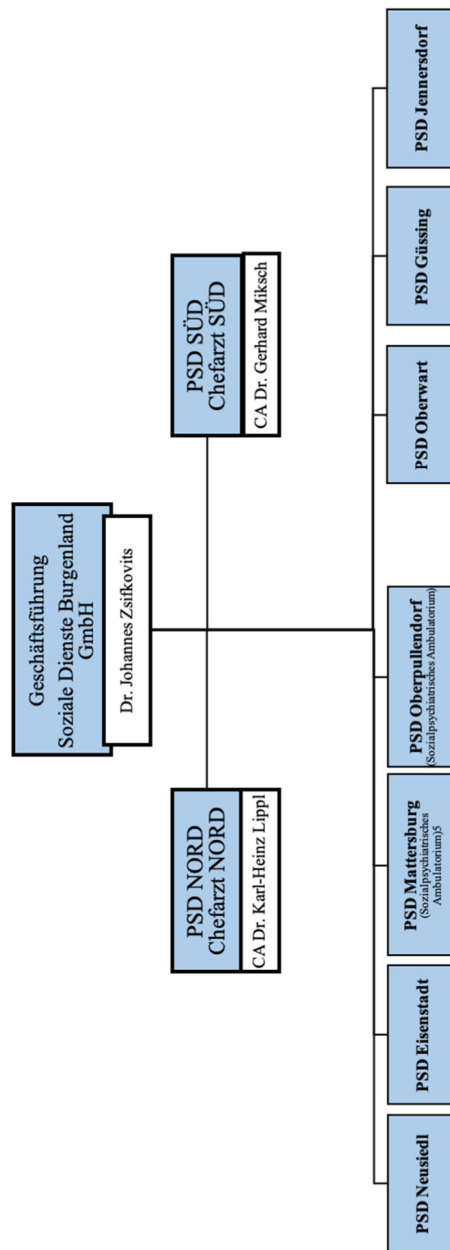


Abbildung 1: Organisationsstruktur Psychosozialer Dienst Nord und Süd  
(mit freundlicher Genehmigung von J. Zsifkovits)

Weiterführende diagnostische Prozedere, wie die Differentialdiagnostik, die störungsspezifische Diagnostik, die Leistungsdiagnostik, die indikationsorientierte und interpersonelle Diagnostik, etc. und die dafür vorgesehenen Klassifikationen von psychischen Störungen, dienen dem multiprofessionellen Team zur Behandlungsplanung, zur Verlaufsevaluierung sowie dem Behandlungsergebnis.

### 1.2.1 Klassifikationssystem von psychischen Beeinträchtigungen/ Störungen

Eines der wichtigsten Klassifikationssysteme für psychische Störungen, herausgegeben von der WHO, ist die International Classification of Diseases in Version 10 (ICD-10; Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 2000). Seit Inkrafttreten am 01.01.2022 ist die ICD-11 im deutschsprachigen Raum grundsätzlich in deutscher Übersetzung einsetzbar, befindet sich aber weiterhin in einem kontinuierlichen Qualitätssicherungsprozess. [Letzter Zugriff am 06.01.2023 unter [https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/_node.html)]. Im PSD Burgenland werden die Diagnosestellungen von psychischen Störungen derzeit noch mittels ICD-10 kodiert.

Ein weiteres Klassifikationssystem stellt das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders in Version 5 (DSM-5) der American Psychiatric Association (American Psychiatric Association, 2013) dar. In den Kapiteln 1.2.2 bis 1.2.8 werden die häufigsten psychischen Beeinträchtigungen bzw. psychischen Störungsbilder der Affektiven und Neurotischen, Belastungs- und somatoforme Störungen angeführt, welche im Rahmen dieser Masterthesis, auf Basis der Datenlage der PSD Burgenland, miteinbezogen wurden.

Unter psychischen Störungen versteht man krankheitswertige und erhebliche Abweichungen vom Erleben, Befinden oder Verhalten des Denkens, Handelns und Fühlens von einer festgelegten Norm. Laut ICD-10 werden psychische Störungen in zehn diagnostische Hauptkriterien und zahlreiche Unterkapitel gegliedert (Siehe Tabelle 1).

Das ICD-10 ist als multiaxial zu verstehen. Neben den auf Achse 1 liegenden Diagnosen kann das ICD-10 noch die Beschreibung zusätzlicher Information auf zwei weiteren Achsen geben. Auf Achse 2 können spezifische psychosoziale und globale Funktionseinschränkungen codiert werden und Achse 3 erfasst mögliche Umgebungsereignisse und Probleme der Lebensbewältigung bzw. -führung (Casper, Pjanic & Westermann, 2018).

Tabelle 1: Übersicht der Diagnose-Kategorien der psychischen Störungen im ICD-10

Kategorie	Beschreibung
F0	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F3	Affektive Störungen
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F7	Intelligenzstörung
F8	Entwicklungsstörungen
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Die Codierungen aller Diagnosen einer psychischen Störung beginnen mit dem Buchstaben „F“, wobei die erste Ziffer die Oberkategorie der Diagnose abbildet. Die Identifikation einer spezifischen Gruppe von Diagnosen erfolgt über die zweite Ziffer. Zur genaueren Bestimmung erfolgt nach diesen beiden ein Punkt und eine oder mehrere Ziffern.

Diagnostiziert werden psychische Erkrankungen in den PSD Burgenland durch Fachärzt:innen für Psychiatrie und Psychotherapeutischer Medizin und bei Bedarf unter Miteinbezug der klinisch-psychologischen Diagnostik anhand von standardisierten Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren, Interviews, etc. Psychische Erkrankungen können in einer Vielzahl unterschiedlicher Symptomausprägungen des Körpers auftreten, die in den ersten Gesprächen exploriert und dokumentiert werden. Diese Beeinträchtigungen sind nicht sichtbar und können sich oftmals auch gegenseitig verstärken. Menschen können auch an komorbiden Störungsbildern leiden, die sich auf die Stimmung und auf das Gefühlserleben auswirken. Symptome, wie beispielsweise Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit, Erschöpfung, Reizbarkeit, Nervosität, innere Unruhe, Übererregtheit, Rastlosigkeit, Traurigkeit, Verspanntheit, Schlaflosigkeit, Gedankenkreisen und Grübeltendenzen, etc. können Anteile verschiedener psychischer

Erkrankungen sein und beeinträchtigen die Lebensqualität der betroffenen Menschen in einem hohen Maße.

Durch eine frühzeitige fachgerechte Behandlung von psychischen Beeinträchtigungen im Rahmen des multimodalen Therapiekonzepts der PSD Burgenland können möglicherweise Lebenskrisen und Chronifizierungen von psychischen Beeinträchtigungen bzw. Störungen gelindert, abgeschwächt und/oder verbessert werden. Durch den Einsatz moderner Psychopharmakologie ist es den Fachärzt:innen der PSD Burgenland möglich, Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen mit Hilfe von psychopharmakologischen Medikamenten zu unterstützen bzw. zu behandeln. Dies beruht auf Freiwilligkeit und dem Wunsch der/ des Patient:in. Psychopharmaka sind – abhängig des Schweregrades – ein elementarer Baustein in der schulmedizinischen Behandlung psychischer Beeinträchtigungen oder Erkrankungen. Mittlerweile wissen wir, dass viele Behandlungskomponenten wie das Erlernen von Entspannungstechniken, die Psychoedukation, die Änderung von Lebensstilen, klinisch-psychologische Behandlung, Psychotherapie, etc. einen weiteren wichtigen Aspekt darstellen. In einem systematischen Review der Autor:innen Huhn et al. (2014) konnte unter anderem aufgezeigt werden, dass die Wirksamkeit von psychotherapeutischer Behandlung im Vergleich zur Pharmakotherapie bei der Akutbehandlung zumindest gleichwirksam ist, betonen, dass sogar die Effektstärken von Psychotherapien vs. Placebo tendenziell höher waren als die von Medikamenten. Die Autor:innen resümieren, dass Menschen von beiden Therapieformen profitieren und das Augenmerk daraufgelegt werden sollte, beide bestmöglich zu kombinieren, als darüber zu diskutieren welche der beiden die bessere Variante darstellt. Direkte Vergleiche, wenn auch in der Regel auf wenigen Studien basierend, zeigten laut den Autor:innen keine konsistenten Unterschiede.

Erfahrungsgemäß gibt es eben auch Menschen, die eine Skepsis und Zweifel an der dauerhaften Nützlichkeit von Psychopharmaka und den allgemein geltenden „normalen schulmedizinischen“ Behandlungsoptionen äußern. Dafür mag es zahlreiche Gründe geben, auf die nicht näher eingegangen werden. Es ist zu beobachten, dass Menschen sich in den letzten Jahren mehr so genannten „Alternativmöglichkeiten“ zuwenden. Die Autor:innen Frass et al. (2017) betonen daher, dass mittlerweile viele Aspekte für eine

komplementär-alternativmedizinische Therapie in der Behandlung von psychischen Erkrankungen sprechen.

### 1.2.2 Akute Belastungsreaktion

Bei akuten Belastungsreaktionen handelt es sich um vorübergehende Störungsbilder, welche unmittelbar nach einem psychosozialen belastenden Lebensereignis („life event“), wie beispielsweise einer schweren körperlichen Erkrankung, einer Scheidung oder einem Trauerfall, auftreten. Die Erkrankungshäufigkeiten sind abhängig von der Art des Traumas und entwickeln sich bei einem psychisch nicht manifest erkrankten Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche physische oder psychische Belastung. Abhängig von der individuellen Vulnerabilität eines Menschen und die zur Verfügung stehenden Bewältigungsmechanismen („Coping Strategien“) entwickelt sich je nach dem Schweregrad der Belastungsstörung. Symptomatiken bestehen aus einer Komplexität aus gemischten und wechselnden Zustandsbildern. Neben einer depressiven Stimmung, Angst, Verzweiflung, Überaktivität, Ärger und Rückzug treten auch häufig vegetative (sympathikotone) Symptomatiken (Hypertonien, Tachykardien, Schwitzen, etc.) auf, die sich nach kurzer Zeit (Stunden, Tage oder bis hin Wochen) wieder zurückbilden können (Schneider & Weber-Papen, 2010).

### 1.2.3 Posttraumatische Belastungsstörung

Die Autor:innen Fischer und Riedesser (2009) beschreiben ein Trauma „als ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (S.94). Maercker, Forstmeier, Wagner, Glaesmer und Brähler (2008) sprechen bei einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) von einer chronischen und oft schweren Störung bei Menschen, welche extrem belastenden bzw. traumatisierenden Ereignissen ausgesetzt waren. In einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung konnten die Autor:innen Maercker et al. (2008) eine Einmonatsprävalenzrate bei 2,3% für das PTBS-Vollbild sowie 2,7% für die partiellen PTBS-Syndrome nachweisen, wobei ältere Menschen (> 60 Jahren) öfters davon betroffen sind. Lühr, Zens und Müller-Engemann (2021) führen neben der Erfüllung der

Hauptkriterien einer PTBS auch weitere Symptombereiche auf, die bei Menschen auftreten können. Die Autor:innen beschreiben anhaltende und schwerwiegende Probleme in der Affektregulation (z.B.: gereizte Stimmung und Wutausbrüche, riskantes oder selbstschädigendes Verhalten, etc.), erhöhte körperliche Anspannung und Übererregung, Auswirkungen auf das Schlafverhalten (z.B.: unruhiger Schlaf, Ein- und Durchschlafstörungen), anhaltende negative Überzeugungen über sich selbst (dysfunktionale Gedanken), Schwierigkeiten in sozialen Beziehungen und erhebliche Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, erzieherischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen (Lühr et al., 2021).

#### 1.2.4 Anpassungsstörung

Anpassungsstörungen können nach belastenden Lebensereignissen (massive familiäre Probleme, Beziehungsproblematik wie Trennung, Scheidung, Liebeskummer, Tod einer Vertrauensperson, Arbeitslosigkeit, existenzielle Lage, etc.) und entscheidenden Lebensveränderungen (Verlassen des Elternhauses, Umzug, Nichterreichen eines beruflichen Ziels, Pensionierungen, etc.) auftreten (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003). Auch können sich während oder nach einer schweren körperlichen Erkrankung (lebensbedrohliche oder chronische Krankheit wie Krebs) solche Zustände von subjektivem Leiden und emotionalen Beeinträchtigungen, die die Lebensqualität bzw. verschiedenen Bereiche, wie Sozialkontakte, Arbeit, etc. betreffen, zeigen (Saß et al., 2003). Anpassungsstörungen können sich auch als affektive Reaktionen auf psychosoziale Belastungen sowie auch als Depressionssymptome und/oder Angstsymptome zeigen, wobei die Überschneidungen in der Symptomatologie relativ groß sind (Maercker, Lorenz, Perkonig & Kapfhammer, 2011). Es ist auch eine Kombination aus Depression und Angst möglich (Morschitzky, 2009). Die Störung steht in direkter Folge zu einer Belastung bzw. zu einem Trauma. Nach Schweiger & Hohagen (2000) handelt es sich bei den Anpassungsstörungen um ereignisbezogene, zeitlich begrenzte Störungen, die einen transienten Verlauf aufweisen. Nach ICD-10 tritt die Störung innerhalb eines Monats nach Auftreten des Stressors auf und die maximale Dauer beträgt mit sechs Monaten nach Abklingen der Belastung (WHO, 1991). Die Symptome einer Anpassungsstörung sind vielseitig und können sich auf emotionaler, kognitiver und physischer Ebene abbilden. Charakteristisch für Anpassungsstörungen nach Schweiger

& Hohagen (2000) und Maercker et al. (2011) können eine vorübergehende affektive Instabilität mit starken Stimmungsschwankungen, eine Affektarmut oder aber auch Gefühle von Traurigkeit, Weinerlichkeit, Hoffnungslosigkeit, Bedrücktheit, Angst, Furcht, Schuld, Selbstzweifel, Scham, aber auch Ärger, Gereiztheit, Eifersucht, Missmut, Wut und Aggression sein. Die erstgenannten Gefühle sind mit der Nebennierenrinde = Katecholamine wie Cortison verbunden, die zweigenannten mit dem Nebennierenmark, also vor allem Adrenalin verbunden; Rinde eher internalisierend, Mark eher externalisierend (Hellhammer, Kirschbaum & Lehnert, 2003).

### 1.2.5 Depression

Depressionen stellen weltweit einer der häufigsten psychischen Beeinträchtigungen oder Erkrankungen dar und gehen mit einer verminderten Lebensqualität einher. Die WHO schätzte im Jahr 2015 die Zahl der Menschen in Österreich, die an Depressionen leiden, auf über 400.000 ein, das entspricht 5,1% der österreichischen Bevölkerung (WHO, 2017). Gekennzeichnet durch eine Vielzahl von Symptomen und individuellen Symptomkonstellationen kann die affektive Erkrankung als multifaktorielles Geschehen gesehen werden (Nowotny, Kern, Breyer, Bengough & Griebler, 2019). Die Symptomvielfalt einer depressiven Beeinträchtigung oder Störung nach Hautzinger (2003), lassen sich in somatische, motorische, emotionale, motivationale, kognitive und interaktive Beschwerden gliedern. Abhängig des Forschungs- und Handlungsfeldes bzw. je nach Fachdisziplin wird der Fokus auf psychologische, neurobiologische und soziale Ursachen und den damit einhergehenden Erklärungsansätzen respektive -modellen gelegt (Nowotny et al. 2019). Hautzinger (2003) verweist darauf, dass depressive Syndrome durch eine Vielzahl heterogener Symptome gekennzeichnet sein können, aber charakteristisch für eine solche Beeinträchtigung oder Störung ist die Kombination aus psychischen und körperlichen Beschwerden darstellt. Merkmale, wie die Beeinträchtigung der Stimmung, Antriebslosigkeit, Ermüdbarkeit, Niedergeschlagenheit, Verlust der Freude, Traurigkeit, Interessenslosigkeit und emotionale Leere, treten oftmals im Verein mit körperlichen Beschwerden, wie Schlafstörungen, Druck- und Engegefühl in der Brust (Herzgegend), Kopf, Bauch- und Magenbeschwerden auf (Hautzinger, 2003). Die oben genannten Gefühle sitzen laut Hellhammer et al. (2003) im gesamten Thoraxbereich, werden aber von Patient:innen phänomenologisch zumeist in die

Herzgend lokalisiert. Oftmals treten depressive Beeinträchtigungen oder Störungen auch mit anderen psychischen Beeinträchtigungen oder Störungen (Komorbiditäten) auf, die aber als eigenständige Störungsgruppen abgegrenzt werden (Hautzinger, 2003). Besonders häufig sind Depressionen mit Schlafstörungen, Angststörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen, Zwangsstörungen, einer Reihe von somatischen Krankheiten und substanzbezogenen psychischen Beeinträchtigungen oder Störungen (Substanzmissbrauch, Substanzabhängigkeit) assoziiert (Nowotny et al., 2019; Hautzinger, 2003). Weitere häufige Begleitsymptome einer depressiven Störung nach Dilling, Mombour & Schmidt (2014) sind eine „verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit (sogar bei leichten depressiven Episoden), negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen, Schlafstörungen und ein verminderter Appetit“ (S.170).

#### 1.2.6 Angststörung

Morschitzky (2009) betont, dass sich pathologische Ängste bei fast allen psychischen Störungen zeigen können, aber auch oftmals ohne andere psychische Beeinträchtigungen/Erkrankungen auftreten können. Jacobi et al. (2004) führen komorbide Zusammenhänge mit depressiven Störungen (37%), mit somatoformen Störungen (26%), mit Alkoholabhängigkeit (6%) und Zwangsstörungen (5%) an. Mit einer Lebenszeitprävalenz von 16% zählen Angststörungen bei Erwachsenen (Kapfhammer, 2017), neben den affektiven und Suchterkrankungen, zu den häufigsten psychischen Beeinträchtigungen bzw. Erkrankungen (Wittchen et al., 2011). Angst ist als eine Basisemotion zu verstehen, die bereits zu Beginn der ontogenetischen Entwicklung existiert. Sie zählt zu den Primäraffekten und kann sich neben der emotionalen Komponente auch auf der kognitiven, vegetativen und motorischen Ebene abbilden (Cybulnik, 1998). Behandlungsbedürftig sind Angststörungen, wenn Ängste in ihrer Intensität in vielerlei Belangen überhandnehmen und in einem hohen Ausmaß die individuelle Lebensqualität einschränken. Eine krankhafte Angst kann als eine übertriebene und unbegründete Reaktion verstanden werden. Unterschieden werden zwei Arten von Ängsten. Angst kann als „Zustandsangst (state anxiety) oder als Ängstlichkeit im Sinne einer relativ stabilen Bewertungs- und Verhaltensdisposition, das heißt als Persönlichkeitsmerkmal (trait

anxiety)“ auftreten (Morschitzky, 2009, S. 21). Charakteristisch für Zustandsängste sind Gefühle der Besorgnis, der Spannung und einer Erregung des autonomen Nervensystems (Morschitzky, 2009).

### 1.2.7 Somatoforme Störung

Für die Autor:innen Hiller und Rief (1997) gehören somatoforme Störungen (von griechisch: *soma* = Körper) zu den ältesten Erkrankungen in der Medizin. Kapfhammer (2001) beschreibt somatoforme Störungen als eine Klasse von psychischen Störungen, deren wesentliche Charakteristika körperliche Symptome seien, keine organische Erklärung existiere und der Verdacht bestehe, dass diese durch psychische Einflüsse gebildet und aufrechterhalten werden. Organisch nicht hinreichend erklärbare körperliche Beschwerden führen zu massiven Funktionseinschränkungen, sind für Menschen sehr belastend, steigern den persönlichen Leidensdruck und schränken im Allgemeinen die Lebensqualität eines Menschen ein (Aiarzaguena, Grandes, Salazar, Gaminde & Sánchez, 2008). Hohe Komorbiditätsraten werden zu depressiven und Angststörungen beschrieben (Löwe, Spitzer, Williams, Mussell, Schellberg & Kroenke, 2008; Steinbrecher, Koerber, Frieser & Hiller, 2011). Medizinisch unerklärte Körpersymptome gehen nach Kapfhammer (2001) oftmals mit einer Reihe von nachhaltigen Konsequenzen, wie verstärkte medizinische Inanspruchnahme, nicht indizierte Therapien, unnötige diagnostische Maßnahmen, hohe Patient:innen Unzufriedenheit, psychosoziale Behinderung und bei chronischen Verläufen auch mit einer erhöhten psychiatrischen Komorbidität, etc. einher. Symptome der Beeinträchtigung bzw. Erkrankung umfassen nach Henningsen, Zipfel und Herzog (2007) Schmerzen verschiedener Lokalisation (Gesichts- und Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, etc.), Müdigkeit oder Erschöpfung (Fatigue) und funktionelle Einschränkungen verschiedener Organsysteme (Diarrhoe, Obstipation, Schwindel, etc.).

### 1.2.8 Schlafstörung (Insomnie)

Zu den weitest verbreiteten psychosomatischen Beschwerden gehören – neben Kopfschmerzen – Schlafstörungen, die auch als Insomnien und/oder Hypersomnien bekannt sind (Müller & Paterok, 2010; Backhaus & Riemann, 1996). Eine von den Autor:innen Blume, Hauser, Gruber, Heib, Winkler & Schabus (2020) durchgeführte

Studie in Österreich ergab, dass 37% der Befragten angaben, seit mehr als sechs Monaten bzw. seit fünf Jahren unter Schlafstörungen zu leiden. 28% der Befragten gaben an, unter schweren Schlafstörungen zu leiden. Laut einer aktuelleren Studie der MedUni Wien leiden rund 7,8% der österreichischen Bevölkerung im Alter zwischen 18 und 67 Jahren an chronifizierter Insomnie, wobei bei 8,9% der Bevölkerung die Schlafstörungen als chronische Schlaflosigkeitssymptome klassifiziert werden (Seidel et al., 2021). Chronifizierte Insomnien in verschiedensten Ausprägungen – Ein- und/oder Durchschlafstörungen mit morgendlichem Früherwachen – gehören demnach zu den häufigsten Störungen im Erwachsenenalter, die tagsüber zu massiven Leistungseinbußen und einer eingeschränkten Lebensqualität bei Menschen führen, wenn die Schlafqualität entweder zu gering (oberflächliche und weniger Tiefschlafphasen) oder zu unregelmäßig ausfällt (Müller & Paterok, 2010; Schneider & Weber-Papen, 2010). Schlafstörungen treten zudem häufig als Begleitsymptomatik einer anderen psychischen Beeinträchtigung/ Erkrankung auf und sind ätiologisch auf folgende Faktoren nach Schneider & Weber-Papen (2010) zurückzuführen: „Lern-/Konditionierungsprozesse, dysfunktionale Schlafgewohnheiten und falsches/fehlendes Wissen über Schlafhygiene, Fokussierung der Aufmerksamkeit auf Schlaf, kognitive Faktoren (z. B. Grübeln), Stress/Belastungen, Umweltfaktoren (z. B. Lärm, Temperatur), Probleme des zirkadianen Rhythmus durch Schichtarbeit oder Jet-Lag, psychische oder somatische Erkrankungen, Nebenwirkungen von Psychopharmaka und anderen Medikamenten (dann keine primäre Schlafstörung mehr), zentrale Störung der Schlafregulation oder der Bewegungssteuerung, periphere Störung der Ventilation und Insomnie: Hyperarousalkonzept (gesteigertes physiologisches Aktivierungsniveau)“ (S.166). Eine ständige gedankliche Beschäftigung mit dem Schlaf und der ständigen Sorge, nicht schlafen zu können, verursacht bei Betroffenen einen immensen Leidensdruck und beeinträchtigt somit die Alltagsaktivitäten.

### 1.3. Das komplementäre NADA-Protokoll – das neue Modell

#### 1.3.1 Die Aurikulothérapie und die Geschichte des komplementären NADA-Protokolls

Die Akupunktur per se kann als eine der ältesten Heilmethoden in der Geschichte der Menschheit bezeichnet werden. Die aus dem asiatischen Raum abstammende über 2000

alte Technik hat somit auch in das westliche Gesundheitssystem Einzug gehalten (Robson, 2003; Ots, 2017). Das Wort Akupunktur setzt sich aus den lateinischen Worten „*acus*“ (Nadel) und „*punctura*“ (Stich) zusammen, und bedeutet so viel wie „Therapie mit Nadeln“.

Hier muss auf einen Widerspruch hingewiesen werden.

Die Welt der Akupunkteure ist etwas in der Bezeichnung gespalten. Während französische Akupunkteure überwiegend die Behandlung am Ohr als Aurikulotherapie und nicht als Akupunktur bezeichnen – ebenso in den Vereinigten Staaten von Amerika (Oleson, 2013) –, folgen die Akupunkteure der meisten Länder der chinesischen Diktion, dass es sich bei der Ohrakupunktur um eine chinesische Entwicklung handelt. Diese Diskussion kann im Rahmen dieser Diplomarbeit nicht geführt werden, es sei aber darauf hingewiesen, dass

*„Allein die Tatsache, daß [sic!] von Nadeln gesprochen wird, kann den Leser glauben lassen, daß [sic!] die Auriculotherapie ein Zweig der Akupunktur sei ... Die Auriculotherapie hat aber, abgesehen von den Nadeln, die zur Behandlung dienen, nichts mit der Akupunktur gemeinsam. Während die Akupunktur eine äußerst fesselnde, aber schwierige Wissenschaft ist, verwendet die Auriculotherapie keinerlei Begriffe, die unserem westlichen Verstand nicht zugänglich wären, und ist letzten Endes von großer Einfachheit (Paul Nogier, 1969, S. 142).*

Neuere Artikel zum Thema Aurikulotherapie weisen darauf hin, dass sich die Aurikulotherapie aus der mediterranen Kauterisierungstradition heraus entwickelt hat (Gori & Firenzuoli, 2007) und dass „letztlich nur die Benutzung der Nadel als chinesisch an der Ohrakupunktur zu sehen ist“ (Ots, 2021, S. 34). Der Autor betont, dass das Ohr vor dem Jahre 1958 nie Teil der traditionellen chinesischen Medizin war und in keinem Verhältnis zu dessen Theoremen mit ihren phänomenologisch basierten Metaphern besteht. Es ist von einer unterschiedlichen Entwicklung zwischen Europa und der chinesischen Tradition in Bezug auf die gestochenen Punkte bei Krankheitsbildern auszugehen (Ots, 2021).

Die Geschichte der ersten Erwähnungen und die Anfänge der Aurikulothérapie in Form von Kauterisationen – setzen von Brandmarken am Ohr durch erhitzte Metallstifte – reichen weit in die Geschichte zurück (Gori & Firenzuoli, 2007). Durch diese Kauterisationen wurden bestimmte, vor allem aber körperliche Problematiken behandelt. Bestehende Pathologien im Körper werden durch Stimulation bestimmter Punkte am äußeren Ohr gelindert (Oleson, 2003).

Der Franzose Paul Nogier (1908-1996) gilt als Vater und Begründer der modernen Aurikulothérapie, die auch ihm zu Ehren „französische Akupunktur“ genannt wird (Strittmatter, 2004). Die Entdeckung von Paul Nogier und die erstmals 1956 publizierte Karte beruht unter anderem auf der Erfahrung, dass Körperteile, Organe sowie gewisse Funktionen an bestimmten Regionen der Ohrmuschel zugeordnet werden können. Paul Nogier entwickelte „ein Konzept einer invertierten Fötuskarte am äußeren Ohr“ (Glori & Firenzuoli, 2007, S.14), die eine Abbildung des ganzen Menschen auf dem Ohr in der Gestalt eines Homunculus darstellt (Siehe Abbildung 2).

Die Aurikulothérapie kann sozusagen als eine so genannte „*ohr-somatope Therapieform*“ bezeichnet werden. Der Begriff Somatopie setzt sich aus dem griechischen Wort „*soma*“ (Körper) und „*topos*“ (Ort) zusammen. Auf der Basis des von Paul Nogier vorgelegten Ohr-Somatotops wurden weitere Ergänzungen entwickelt, so von Paul Nogier selbst wie auch von René Bourdiol, ebenso in China und auch der Sowjetunion. Derzeit existieren unterschiedliche Somatopie-Karten, die sich vor allem in Bezug auf psychische Repräsentanzen unterscheiden. Generell kann gesagt werden, dass die chinesische Karte am ehesten der ursprünglich von Nogier vorgelegten Karte entspricht. Die Funktionsweise der Stimulation von Punkten im Ohr mit ihren Wirkungen auf Körper und Psyche ist noch nicht restlos geklärt. Relativ sicher sind die Beschreibungen, dass das Ohr von drei Nerven (Siehe Abbildung 3) innerviert wird: „Nervus vagus, Nervus trigeminus und Nervus auricularis magnus als Ast des Plexus cervicalis“ (Peucker, 2016). Möglicherweise kommt dem parasympathischen Nervus Vagus die größte Bedeutung zu. Das Ohr ist interessanterweise der einzige Locus am menschlichen Körper, wo der Nervus vagus unmittelbar an die Haut tritt (Wancura-Kampik, 2017).

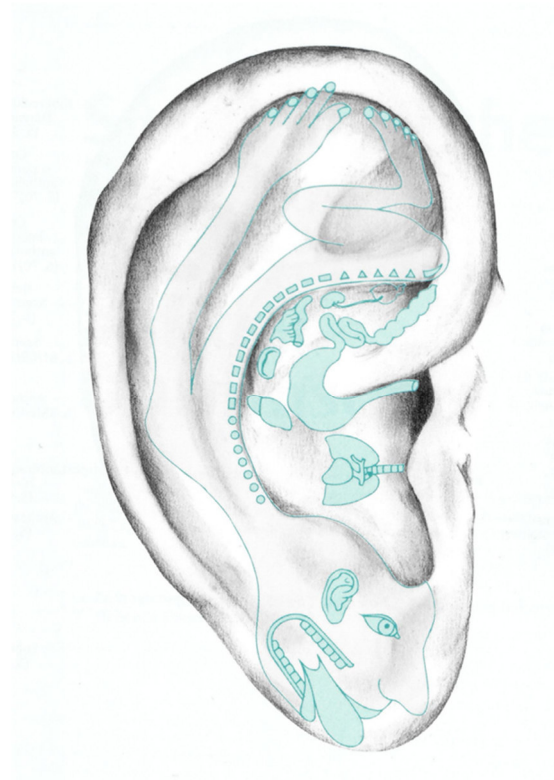


Abbildung 2: Auf dem Kopf stehender Embryo  
(Rubach, 2000 modifiziert nach Nogier, S. 41)

Die inzwischen angenommenen Erkenntnisse der Aurikulothérapie zeigen, dass sich das Credo ihres Begründers, Paul Nogier, eine wirksame Methode beizubehalten, auch wenn sie noch keine rationale Begründung hat, gelohnt hat: „Ganz allgemein sollte man es vermeiden, eine Methode zu verwerfen, weil es keine Erklärung für sie gibt und sie nicht unseren heutigen wissenschaftlichen Erkenntnissen entspricht“. „Eine Entdeckung ist sogar recht selten logisch und widerspricht häufig den gängigen Vorstellungen. Sie ergibt sich sehr oft aus einer Grundbeobachtung, die klar genug und reproduzierbar ist, daß [sic!] es sich lohnt, sie beizubehalten“ (Nogier, 1969, S. 55).

Ende der 1960-er Jahre entdeckten Wen & Cheung (1973) in Hongkong eher zufällig die Wirkung der Ohrakupunktur auf Symptome des Drogenentzuges. Durch die Elektrostimulation beziehungsweise Akupunktur des Lungen-Ohr-Areals bei Menschen mit einer Opiatabhängigkeit verbesserte sich einerseits die postoperative Atem- und Lungenfunktion und andererseits konnten in einem Nebeneffekt deutlich geminderte Entzugssymptome beobachtet bzw. das Verlangen nach dem Suchtstoff (sogenanntes „Craving“) reduziert werden (Wen & Cheung, 1973; Smith, Brewington & Culliton 1998). Eine psychosoziale Rehabilitation sei jedoch erforderlich, betonte Wen (1973),

um einen stabileren Behandlungserfolg in der Entzugsbehandlung zu erzielen. Diese zufällig entdeckte Wirkung des akupunktieren Ohr-Areals der Lunge wurde sich zu nutzen gemacht und vorab im Bereich der Suchtmedizin für Menschen mit Abhängigkeiten angewandt und in weiteren wissenschaftlichen Studien bestätigt (Wen & Teo, 1975; Smith & Khan, 1988; Smith, Squires, Aponte, Rabinowitz & Bonilla-Rodriguez, 1982).

Zeitgleich beschäftigten sich Mediziner im deutschsprachigen Raum rund um den damaligen ärztlichen Leiter Dr. Hans G. Marx mit der Wirkung von Akupunktur bei alkohol- und drogenabhängigen Patient:innen in der Bernhard-Salzmann-Klinik für Suchtkranke in Gütersloh und konnten von der günstigen Wirkungsweise von Akupunkturnadeln berichten (Raben, 1999).

Durch die Erfahrungen und Untersuchungsergebnisse von Dr. Wen angeregt begannen der Psychiater Dr. Michael Smith und seine Arbeitsgruppe am Lincoln Recovery Center, Bronx, New York City, ein einfaches und effektives akupunkturgestütztes Behandlungsprogramm für ihre Entzugsambulanz zu entwickeln und einzusetzen. Durch die westlich geprägte französische Aurikulothérapie verstand es Michael Smith, das Wissen der Ohrakupunktur und die Konzepte der traditionell chinesischen Heilkunst zu verbinden und ein entsprechendes Therapiekonzept auszuarbeiten (Baudis, 1999). Die **National Acupuncture Detoxification Association (NADA)** wurde 1985 durch Dr. Smith und seinen Mitarbeitern am Lincoln Recovery Center, Bronx, New York City gegründet (Raben, 1999). Ziele waren unter anderem die Etablierung einer Standardbehandlungsmethode in der konventionellen Suchthilfe, das Bekanntmachen des NADA-Protokolls über die Landesgrenzen hinaus und für eine einheitliche Aus- und Weiterbildungsmöglichkeit zu sorgen (Raben, 1999; Raben, 2004a; Raben, 2004b). Im Rahmen des standardisierten NADA-Protokolls wurden insgesamt fünf geeignete Ohrakupunkturpunkte identifiziert („Shen Men“, „Vegetativum“, „Niere“, „Leber“ und „Lunge“), die im stationären und ambulanten Setting schnell, effektiv und einfach eingesetzt werden konnten (Raben, 1999; Raben, 2004a; Raben, 2004b; Weidig, 2012).

**Ein besonderer Stil der Aurikulothérapie.**

**Die Geburtsstunde des komplementären NADA-Protokolls – „Das Glück von innen“.**

### 1.3.2 Das komplementäre NADA-Protokoll – deutschsprachiger Raum

Im deutschsprachigen Raum wurde der Einsatz des komplementären NADA Protokolls Anfang der 1990er Jahren von Wolfgang Weidig, Walter Geiger und Karsten Strauß mit der Unterstützung von John Tindall (England: London) und Michael Smith (Vereinigte Staaten von Amerika: New York) in der Drogen- und Entzugsklinik Agethorst (später Bokholt) bei Hamburg eingeführt (NADA-Reader, Österreich, 2015). Die Gründung der NADA Deutschland erfolgte im Jahre 1993. Bei der *NADA Deutsche Sektion e.V.* handelt es sich um eine wissenschaftliche Fachgesellschaft und eine gemeinnützige Organisation, die das komplementäre NADA-Protokoll als spezifische Behandlungsmethode für Menschen mit Suchtabhängigkeitsproblematik und für Menschen mit sozialen und psychischen Beeinträchtigungen, sowohl in stationären als auch in ambulanten Settings etablierte (Letzter Zugriff am 06.01.2023 unter: <https://nada-akupunktur.de>).

Als erste Institution wurde das NADA-Protokoll 2006 unter der gemeinsamen Ägide des damaligen Ärztlichen Leiters des Landeskrankenhauses Graz II - Standort Süd (LKH Graz II- Standort Süd) ehemals Landeskrankenhaus Sigmund-Freud (LSF) und des Konsiliarius für Akupunktur Thomas Ots eingeführt. 2007 wurde aufgrund der positiven Erfahrungen gemeinsam von Thomas Ots und Juliane Cichy (Stelle für Suchtkoordination des Landes Steiermark) die Gründung des Vereines für NADA-Akupunktur Österreich (NADA-Akupunktur Austria) angeregt. Seitdem wurden in öffentlichen sowie in Inhouse-Ausbildungen mehr als 1000 NADA-Therapeut:innen aller Bundesländer Österreichs ausgebildet, darunter viele im niedergelassenen extramuralen sozialpsychiatrischen Dienst sowie fast in allen Psychiatrischen Kliniken Österreichs. Bei den Ausgebildeten handelt es sich zum größten Teil um Diplomiertes (Psychiatrisches) Gesundheits- und Krankenpflegepersonal (DGKP bzw. DPGKP), zu einem kleineren Teil um Ärzt:innen, Klinischen- und Gesundheitspsycholog:innen, Sozialarbeiter:innen und Sozialpädagog:innen sowie weitere im Gesundheitswesen arbeitende Menschen (T. Ots, persönliche Mitteilung, 11.01.2023).

T. Ots (persönliche Mitteilung, 11.01.2023) betont, dass der Erfolg der Arbeit mit dem NADA-Protokoll sich unter anderem dadurch zeigt, dass verschiedene Psychiatrische Kliniken und andere medizinischen Einrichtungen den Wunsch äußerten, ein weiteres

oder mehrere Kontingente von Mitarbeiter:innen ausbilden zu lassen [LKH Graz II – Standort Süd (ehemals LSF), LKH Klagenfurt, LKH Villach, LKH Rankweil, LKH Hall in Tirol, LKH Amstetten/Mauer, LKH Hohenems, Therapiestation WALKABOUT (Barmherzige Brüder Kainbach bei Graz), Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz (Standort Eggenberg: Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie), Drogenberatung des Landes Steiermark (Graz), Hilfswerk Steiermark (PSZ Feldbach und PSZ Hausmannstätten), Krankenhaus Stiftung Maria Ebene Frastanz, Rehaklinik für seelische Gesundheit (Klagenfurt), Oikos Klagenfurt, Schwerpunktkrankenhaus Rankweil, Therapiezentrum Ybbs, Landesklinikum Mauer, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie (CDK, Salzburg), Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Salzburg, Bezirkskrankenhaus Lienz]. Viele der von diesem Verein ausgebildeten im niedergelassenen Bereich haben ebenfalls Jahr für Jahr weitere Mitarbeiter:innen in die öffentliche Ausbildung entsandt (Gesellschaft zur Förderung seelischer Gesundheit Graz und Leibnitz (GFSG), OIKOS Klagenfurt, aks Götzis, PSD Burgenland, pro Mente Oberösterreich, Rettet das Kind, etc.) (NADA-Akupunktur-Österreich-Folder, 2015).

Das NADA-Protokoll ist demnach in den letzten 20 Jahren nicht mehr nur als Detox-Therapie oder mit der Begrifflichkeit der „Suchtakupunktur“ in Verbindung zu bringen, sondern zeichnet sich durch die Einfachheit und Flexibilität der Anwendung auch in medizinischen, psychiatrischen, sozialpsychiatrischen und psychotherapeutischen Settings aus. Das komplementäre NADA-Protokoll erfreut sich in einer Vielzahl europäischen und außereuropäischen Ländern zunehmender Beliebtheit und wird in den unterschiedlichsten Gesundheitsbereichen und Gesundheitseinrichtungen angewandt. Die Kombination aus multimodalen Therapieansätzen und der Durchführung des NADA-Protokolls scheinen in ambulanten und in stationären Settings effektive Behandlungsergebnisse zu erzielen (Geib, Rieger, Joos, Eschweiler & Metzger, 2017; Reilly, Buchanan, Vafides, Breakey & Dykes, 2014; Schönegger & Ots, 2013; Payer, Ots, Marktl, Pfeifer & Lehofer, 2007).

Das komplementäre NADA-Protokoll wird fast in allen Ländern der Welt angewendet, unter anderem auf den Philippinen, wo es „First-Help-Rescue Gruppen“ existieren, die vor allem bei Naturkatastrophen (z.B.: Hurricanes) in die betroffene Gegend fahren um

dort Hilfe zu leisten (Film: Paredes,J.: 12 years NADA Philippines). Einen Überblick über NADA in Europa und NADA weltweit ist unter: <https://www.nada-akupunktur.at/kontakt/nada-in-europa.html> und <https://www.nada-akupunktur.at/kontakt/nada-in-der-welt.html> abrufbar [Letzter Zugriff am 06.01.2023].

### 1.3.3 Komplementär-alternativmedizinische Therapieverfahren bei Erkrankungen

Therapieverfahren, welche auf die natürlichen Heil- und Abwehrkräfte der Natur aufbauen, werden als komplementäre und alternative Medizin (CAM) bezeichnet. In den letzten zwei Jahrzehnten hat der Einsatz von Komplementär- und Alternativmedizin in Europa zugenommen (Fischer et al., 2014). Irnich, Bäumlner & Hanley (2019) betonen, dass Komplementärmedizin (KM) ein wesentlicher Bestandteil einer Integrativen Medizin ist und bis zu 70% der Patient:innen in Deutschland komplementäre Behandlungsmethoden anwenden. Die Wirksamkeit der therapeutischen Alternativen, wie beispielsweise Substanztherapien, körperbezogene Therapien, Entspannungsverfahren, psychotherapeutische Verfahren, diätetische Maßnahmen, energetische Verfahren, Bewegungstherapien und Umstimmungstherapien, sind bis heute nur vereinzelt in randomisierten, kontrollierten Studien überprüft worden (Frass et al., 2017). Im Bereich der Akupunktur, als komplementäre Behandlungsform, sind hingegen Metaanalysen zur Wirksamkeit dieser bei chronischen Erkrankungen, wie beispielsweise Nacken-, Schulter-, Kopf-, Rückenschmerzen etc. zu finden (Vickers et al., 2018; MacPherson et al., 2017). Zur Prophylaxe von Migräne und Spannungskopfschmerz wird Akupunktur auch erfolgreich angewandt (Linde et al., 2016a; Linde et al., 2016b). Zahlreiche Aspekte der Komplementärmedizin sprechen für einen ganzheitlichen Ansatz, den Menschen per se, in all seinen Bedürfnissen und seiner Persönlichkeit wahrzunehmen und zu behandeln. Die Autor:innen Dobos, Deuse & Michalsen (2006) fanden heraus, dass sich in deutschen Umfragen, eine Mehrzahl von psychisch beeinträchtigten Patient:innen für eine Kombination aus Schul- und Komplementärmedizin integrierte Versorgung aussprachen und sich diese auch wünschen.

## 1.4. Die Strukturen und die Anatomie des Ohres

In diesem Kapitel wird auf das menschliche Ohr, die beteiligten Hirnnervenbahnen, sowie die Ohr Nomenklatur und die fünf Ohrpunkte des NADA-Protokolls eingegangen.

### 1.4.1 Das menschliche Ohr und die drei beteiligten Hirnnervenbahnen

Das menschliche Ohr wird grob in drei Bereiche unterteilt. Das Ohr besteht aus einem inneren, einem mittleren und einem äußeren Ohr, wobei für die Ohrakupunktur bzw. die Ohrakupressur nur das äußere Ohr von Relevanz ist (Rubach, 2000). Aufgrund der individuellen Variabilität der Ohrenform eines Menschen bedarf es einer stetigen Orientierung an den anatomischen Leitstrukturen (Raben, 1999) (Siehe Abbildung 4). Die Helix bildet die äußerste Struktur des Ohres ab und wird in drei Bereiche (Crus helicus: Helixwurzel; Corpus helicus: Helixkörper; Cauda helicus: Helixschwanz) aufgeteilt (Rubach, 2000).

Die Ohrmuschel wird durch drei Nerven versorgt und die Besonderheit des Ohres zeigt sich laut Wlasak (2012) aber vor allem an der hohen Innervationsdichte der Ohrmuschel (Nervus vagus, Nervus trigeminus und Plexus cervicalis) und nachfolgende komplexe Verschaltung mit dem zentralen Nervensystem. Diese komplexe Verschaltung könnte laut den Autor:innen He et al. (2012) die positiven und schnellen Effekte erklären. Wlasak (2012) und Peuker (2016) beschreiben vor allem die Beteiligung dieser dreier Nerven, namens „Nervus vagus“ (mit dem Ramus auricularis), der die Concha und den äußeren Gehörgangsbereich versorgt, den „Nervus trigeminus“ (mit dem Ramus auriculotemporalis des Nervus mandibularis), der den Bereich zwischen Concha und der Helix versorgt und zu guter Letzt den „Plexus cervicalis“ (mit dem Ramus auricularis magnus), der die Helix und das Ohrläppchen sowie den größten Teil der Hinterwand des Ohres versorgt (Siehe Abbildung 3).

Laut Rubach (2000) können diese drei Innervationszonen, aufgrund der vorhandenen Grenzflächen der Nervenfasern und daraus entstehender Nervengeflechte beider oder aller Nerven, nicht voneinander getrennt werden, sondern werden als fließende Übergänge zwischen den Arealen verstanden. Diese drei von insgesamt zwölf Hirnnerven

haben ihren Ursprung im Gehirn, werden als periphere Nerven bezeichnet und jeder einzelne von ihnen hat verschiedene Funktionen. Wlasak (2012) geht davon aus, dass sich die Grundlage für das Verständnis der Wirkungsweise dieser drei beteiligten Nerven an der Ohrinnervation aus dem Wissen der embryonalen Entwicklung ableiten lassen. Diese Kenntnisse besagen, dass jedem Nerv im Ohrbereich ein bestimmtes Areal zugeordnet werden kann (Rubach, 2000). Auf diesen nervensensiblen Innervationszonen aufbauend, entwickelte sich die Hypothese der Repräsentationszonen des Ohres (Ots, 2013b). Der Ohrpunkt „Shen Men“ der Ohrmuschel befindet sich beidseitig in der seitlichen Dreiecksgrube (fossa triangularis) der Ohrmuschel. Die Autor:innen Hsu, Weng, Sun, Shyu, Hu & Chang (2007) gehen davon aus, dass der akupunktierte Ohrpunkt des „Shen Men“ daran beteiligt ist, den Geist zu klären, die Herzrate zu senken, den parasympathischen Tonus zu aktivieren und gleichzeitig den sympathischen Tonus zu hemmen. Die Region des Shen Men wird von einem Ast des Vagusnervs innerviert und wird somit mit entzündungshemmenden und beruhigenden Wirkungen in Verbindung gebracht (Li et al., 2015).

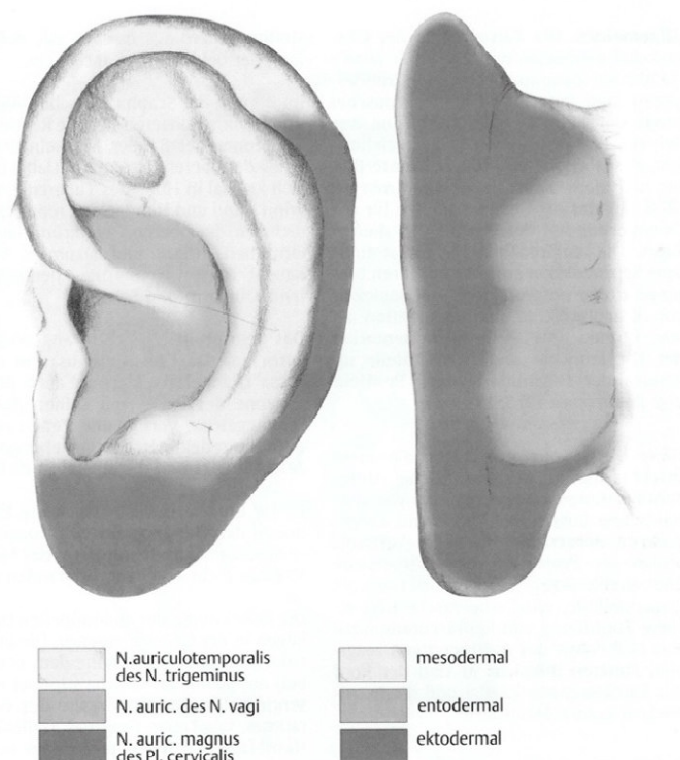


Abbildung 3: Innervation des äußeren Ohres (Rubach, 2000, S. 39)

#### 1.4.2 Die Ohr Nomenklatur und die fünf Ohrpunkte des NADA-Protokolls

Das standardisierte NADA-Protokoll wird mit bis zu fünf unveränderlichen Ohrakupunktur/ Ohrakupressur-Punkten (Siehe Abbildung 5) angewendet. Basierend auf den Erkenntnissen von Wen & Cheung (1973), Wen & Teo (1975), Smith et al. (1982) und Smith & Khan (1988) wurden die fünf NADA-Ohrpunkte ermittelt. Rubach (2000) beschreibt folgende Indikationen und Wirkungsweisen, die fünf Ohrpunkte des NADA-Protokolls betreffend, wie folgt:

- **Ohr Punkt „Lunge (101)“ einschließlich „Herz (100)“:** der Ohr Punkt der Lunge wird im Sinne der TCM bei Hauterkrankungen eingesetzt, wohingegen der Punkt des Herzes als Adjuvant bei Schlafstörungen, bei Zephalgien, etc. gilt (Rubach, 2000, S. 90). Dem aktuellsten NADA-Skriptum-Österreich (2022) der NADA-Akupunktur-Österreichs zu entnehmen, wird nach neuerer Betrachtung und Interpretation des Originalpapers auf die Entdeckung der Autor:innen Wen & Cheung (1973) zurückgegriffen, allerdings anders interpretiert.

Die Originalbeschreibung sagt: *„The technique now used involves needling the patient’s ear on each side scutaneously for ½ cm in the middle of the concha. The acupuncture point is the “lung” point of the ear..“*

Diese Methode belegt, dass die Nadel zwar durch das Lungenareal eintrat, die Spitze aber im Herzareal zu liegen kam. Da von den Autor:innen Wen & Cheung (1973) die Nadel zusätzlich elektrisch verstärkt wurde, die Ausbreitung des im Verlauf der Nadel austretenden elektrischen Stromes aber nicht einzuschätzen ist, hat sich die Expertengruppe der NADA-Akupunktur-Österreichs dazu entschlossen, dieses Areal mit dem Begriff **„Herz-Lunge“** zu bezeichnen. Die Einbeziehung des Herzens als Wirkort erhält weiterhin Nahrung durch die Erfahrungen von Ots, der mit elektrischen Messungen feststellen konnte, dass bei Patient:innen mit Panikstörung die Punkte Herz und Vegetativum I die stärksten

Abweichungen von Normal aller Ohr-Punkte aufzeigen und die Veränderung der elektrischen Aktivität parallel zum Heilungsprozess verläuft (Ots, 2013b).

- **Lokalisation:** bei vielen Ohren ist in der concha inferior ein kleiner Lichtreflex erkennbar, das ist der Herzpunkt; Lunge liegt rundherum, deshalb kann die Lunge über das Areal Herz gestochen oder geperlt werden - in der Mitte der concha inferior (Abbildung 5).
  
- **Ohr Punkt „Leber (97)“:** wurde wie der Punkt Niere wegen seiner Ausscheidungsfunktion bei Suchterkrankungen (Alkohol- und Tablettenabusus) gewählt. Das Areal variiert in seiner Ausdehnung der Organlage im Körper entsprechend, sodass es sich in der rechten Ohrmuschel größer als in der linken Ohrmuschel darstellt (Rubach, 2000, S. 86).
  - **Lokalisation:** der Helixfuß teilt die Concha in die obere (concha superior) und die untere (concha inferior) - liegt am oberen Teil des Helixfußes, am Übergang von concha superior zum Antihelixknorpel (Abbildung 5).
  
- **Ohr Punkt „Niere (95)“:** wurde wegen seiner Funktion als Ausscheidungsorgan gewählt (wichtig bei Sucht) und gilt als Adjuvans bei funktionellen Erkrankungen des Urogenitaltraktes, einschließlich der Nebennieren, Lumbago, Dysmenorrhö, Migräne, Tinnitus, etc. (Rubach, 2000, S. 86)
  - **Lokalisation:** liegt in der Concha (Ohrmuschelhöhle) unter dem Kamm des crus inferior der Antihelix, direkt unterhalb vom Shen Men (Abbildung 5).

- **Ohr Punkt „Vegetativum (51)“:** indiziert bei vegetativen Störungen und wirkt vegetativ ausgleichend und spasmolytisch (Rubach, 2000, S. 73). Dem aktuellsten NADA-Skriptum-Österreichs (2022) zu entnehmen, wird möglicherweise davon ausgegangen, dass dieses Areal möglicherweise auch Nervus vagus innerviert ist und die Repräsentation des kaudalen parasympathischen Nervensystems darstellt, wobei darauf hingewiesen wird, dass diese Aussage nicht gesichert sei. Im englischsprachigen Raum spricht man vom „point sympathetic“ (NADA-Skriptum-Österreich, 2022, S.13). Die Frage, ob durch Stimulation dieses Punktes der Vagus raufgeregelt oder der Sympathikus runtergeregelt wird ist noch nicht geklärt, für die therapeutische Praxis aber wohl nicht von Relevanz.
  - **Lokalisation:** befindet sich in der Umschlagfalte wo das crus inferius der Antihelix in die Helix übergeht und ist nur sichtbar, wenn die Krempe der Helix nach vorne gezogen wird (Abbildung 5).
  
- **Ohr Punkt „Shen Men (55)“:** ist einer der bedeutendsten Analgesiepunkte der Ohrmuschel und ist infolge seiner analgetischen/beruhigenden und antiphlogistischen Wirkung besonders bei allen Erkrankungen des Bewegungsapparates und in der Suchttherapie eingesetzt (Rubach, 2000, S. 72). Dem aktuellsten NADA-Skriptum-Österreichs (2022) zu entnehmen, wird auf die „Klärung des Kopfes“ hingewiesen, indem „das Verhältnis von Reizung und Hemmung im Bereich des präfrontalen Cortex normalisiert wird“ (S. 13).
  - **Lokalisation:** liegt in der fossa triangularis; wenn der obere Antihelixschenkel (crus superius) von der Spitze bis zur Umschlagfalte in drei Drittel geteilt wird, liegt er zwischen dem zweiten und dritten Drittel (Abbildung 5).

Raben (1999) erwähnt, dass diese Punkte einen Menschen im Allgemeinen dabei unterstützen, sein eigenes Gleichgewicht im Körper wiederherzustellen und einen Heilungsprozess einleiten können. Dieser Effekt ist aus der TCM abgeleitet und entspricht nach Raben (1999) eine Stärkung des Yin, welches die innere Ruhe wiederherstellt und die verlorengegangene Substanz wieder aufbauen kann. Die Domäne der Ohrakupunktur liegt nach Rubach (2000) im Sinne der TCM im Bereich der Yang-Erkrankungen. Die fünf Punkte nach dem NADA-Protokoll sind abhängig der jeweiligen Ohranatomie eines Menschen zu setzen, aber sind prinzipiell leicht zu lokalisieren und wirken sowohl auf das autonome als auch auf das vegetative Nervensystem ein. Es handelt sich um aktive Areale, die entweder durch die Ohrakupunkturnadeln oder durch die Magnetpflaster angeregt werden und individuelle Reaktionen auslösen sollen (Raben, 1999). Dabei basiert die Akupressur, mittels Magnetpflastern, auf derselben philosophischen Grundlage wie die Akupunktur. Um das sehr breit gefächertes Spektrum an Behandlungsmöglichkeiten, beispielsweise somatoformer Symptome einer psychosomatischen Störung, darzustellen, werden diese in Tabelle 2 angeführt (Frass et al., 2017).

Smith beschrieb psychosoziale Charakteristika unter dem Originaltitel „The Psycho-Social Characteristics of the NADA Protocol“ (Raben, 1999, S.63ff) wie folgt:

- A. „Es handelt sich um einen nonverbalen Prozeß [sic!].
- B. Unsere Patienten können für eine hilfreiche akupunkturgestützte Behandlung gewonnen werden, noch bevor sie fähig sind, intensive und auf die persönliche Beziehung konzentrierte Therapie zu tolerieren.
- C. Akupunktur bietet eine Lösung für einige der paradoxen Problem [sic!] in der Suchtbehandlung.
- D. Akupunktur hilft, einen meditationsähnlichen Zustand zu entwickeln.
- E. Es gibt zwei Komponenten der Akupunkturbehandlung.
- F. Die Vorgänge der Akupunktur als „Erleichterung von Streß [sic!]“ zu definieren, ist ein ernstes Mißverständnis [sic!]“.

Tabelle 2: Wichtige emotiosomatische Beziehungen der Akupunktur im Allgemeinen (adaptiert nach Frass et al., 2017, S. 1256)

Name der Funktionskreise nach TCM	Leber	Herz	Lunge	Niere
<b>Extrovertierte Anteile eines Funktionskreises</b>	Zorn und Wut	Hektik, „Manie“, Erregtheit, Angst und Panik		Furcht und Schreck
<b>Introvertierte Anteile eines Funktionskreises</b>	Ärger, Gereiztheit, Typ-A, Feindseligkeit	Beunruhigung, Trauer, Wehmut, Sorgen und Gram	Trauer und Kummer	Lebensangst
<b>Symptome</b>	Kopfschmerzen, Migräne Hypertonus Bitterer Mundgeschmack, Globusgefühl Genervtes Seufzen (saures) Aufstoßen Thorakales, epigastrisches Völlegefühl bzw. Schmerzen (von innen nach außen) Blähungen Schmerzen über dem Gallenpol, dem Hypochondrium, den Flanken Roemheld-Symptomatik Ulcus duodeni Verstopfung Dysmenorrhö, PMS, Oligo-/ Amenorrhoe	Einschlafstörungen (in Kombination mit Gedankenkreisen) Palpitationen, Tachykardie Vielträumerei Konzentrationschwäche, Vergesslichkeit, schnelles Sprechen Neuroasthenie, Unsicherheit Thorakales Engegefühl/ Beklemmung (von außen nach innen) Isolierte Nackenschmerzen	Atembeschwerden Asthma (insbesondere bei Kindern) Bronchitis Atopisches Ekzem (Neurodermitis) NNH-Affektionen, allergische Rhinitis Nachtschweiß Nachmittagsfieber Tuberkulose „5 warme Herzen“	Zystitis, Miktionsbeschwerden, „nervöse Blase“ Tinnitus, Hörverschlechterung Imperativer morgendlicher Stuhl drang Frigophobie Ziehen/Schmerzen in der Lendenregion Rückenschmerzen Schwächegefühl oder Schmerzen in den Knien Samenverlust Menopausale Gereiztheit (unten kalt - oben heiß) Amenorrhoe, Sterilität Chronische Abgeschlagenheit, schweres Krankheitsgefühl (Wear-out) Oligo-/ Amenorrhoe

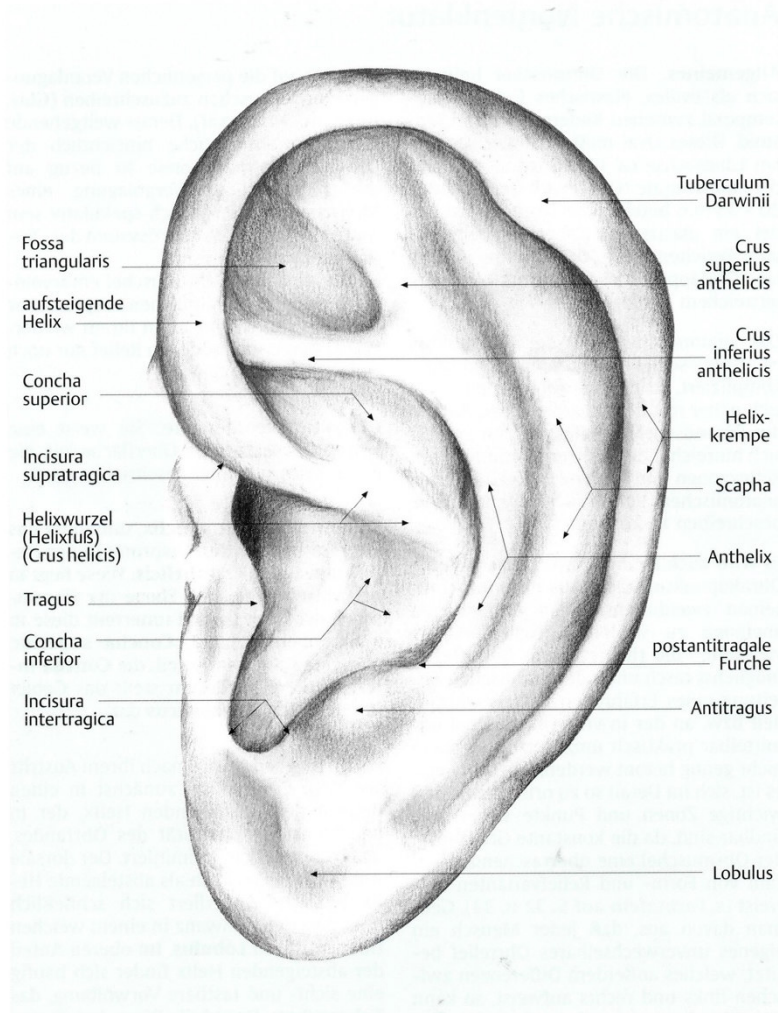


Abbildung 4: Die Anatomie des Ohres (Rubach, 2000, S. 42)

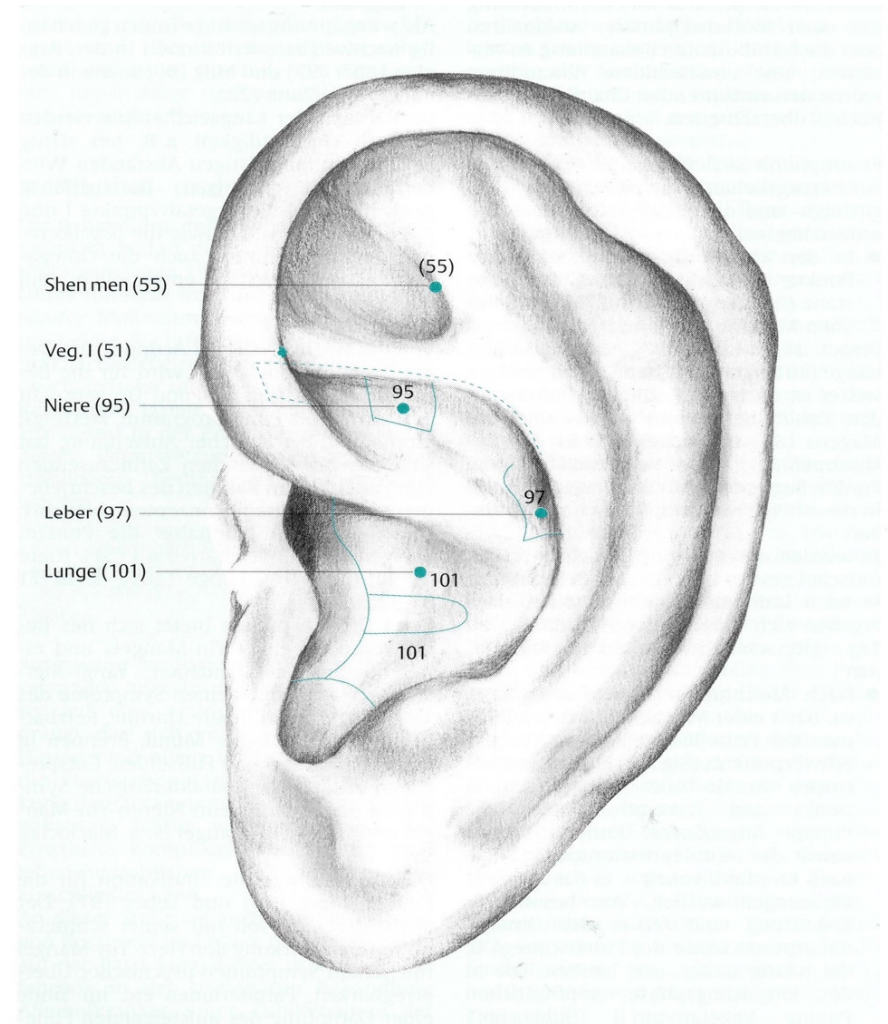


Abbildung 5: Die fünf NADA-Ohrpunkte (Rubach, 2000, S. 212)

## 1.5 Die Psychosozialen Dienste Burgenland und das komplementäre NADA-Protokoll

Neben dem multimodalen Therapieansatz wurde das komplementäre NADA-Protokoll erstmals 2017 im PSD Burgenland – Beratungs- und Behandlungsstandort Oberwart – als offene Gruppe für alle psychisch beeinträchtigten Menschen (Diagnoseunspezifität) implementiert und etabliert. Im gleichen Jahr folgten die Beratungs- und Behandlungsstandorte Jennersdorf und Neusiedl, gefolgt in den Jahren darauf vom Beratungs- und Behandlungsstandort Güssing und dem Sozialpsychiatrischen Ambulatorium Mattersburg, die einen niederschweligen, wertschätzenden Zugang für Menschen zur NADA-Therapie ermöglichten.

Das Hantieren mit Nadeln ist in Österreich klar gesetzlich geregelt. Die Verletzung der Haut – beispielsweise Nadelung des Ohres – ist nach derzeitiger Rechtslage in Österreich nur auf Ärzt:innen beschränkt. Für Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege ist die NADA-Ohrakupunktur bereits im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich nach ärztlicher Anordnung gemäß §15 GuKG erfasst und darf somit nach entsprechender Aus- und Fortbildung im komplementären NADA-Protokoll (ausschließlich auf die fünf NADA-Ohrpunkte beschränkt) nach ärztlicher Anordnung durchgeführt werden. (Letzter Zugriff am 06.01.2023 unter: [https://www.nada-akupunktur.at/ausbildung/a\\_zur-rechtlichen-situation.html](https://www.nada-akupunktur.at/ausbildung/a_zur-rechtlichen-situation.html))

Die NADA-Akupressur, als gut etablierte Magnetpflaster-Methode, darf von allen weiteren im Sozial- und Gesundheitsbereich tätigen Personen, wie beispielsweise Klinischen- und Gesundheitspsycholog:innen, Sozialarbeiter:innen, Ergotherapeut:innen, etc. angewandt werden, da hier keine Verletzung der Haut vorliegt. Der PSD Burgenland verzeichnet bundeslandweit gegenwärtig insgesamt acht NADA-Therapeut:innen, davon sind gegenwärtig sechs NADA-Therapeutinnen aktiv.

Das non-verbale, non-konfrontative und wertschätzende Gruppenangebot ermöglicht Menschen einen niederschweligen Zugang, die noch nicht dazu bereit sind, sich auf andere – vor allem verbale – Behandlungs- und Therapieangebote einzulassen oder den komplementären Behandlungsansatz als Ergänzung des multimodalen Therapieangebotes nutzen zu können. Smith beschreibt psychosoziale Charakteristika des

NADA-Protokolls und betont: „Bedürftige, ängstliche Patienten können für die Behandlung gewonnen werden, noch bevor sie eine gefühlsmäßig bindende Beziehung zu Mitarbeitern eingehen“ (Raben, 1999, S. 63). Smith beschreibt, dass sich dadurch ein gegenseitiges Vertrauen zwischen dem/der NADA-Therapeut:in entwickeln kann, ohne dass sie sich bereits vollkommen öffnen müssen, und dass das komplementäre NADA-Protokoll als risikoarme, leicht durchführbare, ökonomisch wertvolle und bewährte Behandlungsmethode Gültigkeit hat (Brewington, Smith & Lipton, 1994).

#### 1.5.1. Beschreibung des NADA-Behandlungsablaufes aus Sicht einer Selbsterfahrung

Die Behandlung selbst findet in einem geschützten, ruhigen und angenehmen Setting statt. Menschen gehen in den Gruppenraum hinein, desinfizieren sich die Ohren und suchen sich einen freien Stuhl. Sie nehmen Platz. Es herrscht keine Eile, kein Stress, keine Hektik. Alle schweigen, nicken sich vielleicht auf eine wohlwollende Weise zu. Menschen kommen hierher um zu entschleunigen, um sich zu entspannen und um sich auf ihre innerpsychischen Prozesse zu konzentrieren. Das eigenleibliche Spüren. Die Suche nach dem inneren Glück. Auch der Fokus auf das Atmen wird bei vollkommener Ruhe und Stille berücksichtigt. Das Wahrnehmen des Herzschlages und die Atmung, die sich dem Rhythmus anpasst. Das Bilden einer individuellen „cleanen Identität“ – das Abbilden persönlicher Gedanken, der inneren Bilder, der bisherigen Erfahrungen, Erinnerungen und der eigenen Emotionen. Achtsam mit sich selbst zu sein und in seinen eigenen Körper hineinzuspüren. Ein elementarer Baustein des Therapieprozesses. Eine Auseinandersetzung des Körperempfindens und der einhergehenden Gedanken: „Was spüre ich gerade?“ - „Was nehme ich jetzt und hier wahr?“ Ein angenehmes Gefühl breitet sich in einem selbst aus. Gemeinsam in einem Raum zu sitzen, das Entwickeln eines Zusammengehörigkeitsgefühls und Teil einer Gruppe zu sein. Wir alle sind gleich.

Non-verbal - keine Scham etwas von sich preis geben zu müssen. Non-konfrontativ - kein Druck, der auf einem lastet etwas von sich preisgeben zu müssen. Gemeinsames Schweigen. Durch ein Handzeichen wird die Bereitschaft zur NADA-Therapie gegeben. Ein Zeichen der Bereitschaft für die/den NADA-Therapeut:in, dem Menschen am Kopf berühren zu dürfen. Sanft wird vielleicht der Kopf etwas zur Seite gedreht und die Haare hinter die Ohren gestreift. Entweder werden fünf feine Einmal-Stahlnadeln

(Durchmesser: 0,20 mm) circa 0,9 mm bis zu 1mm tief gesetzt. Oder es werden drei bis zu fünf Magnetpflaster an den fünf NADA-Ohr-Punkten „geperlt“ (Siehe Kapitel 2.4.2). Die Ohrakupunktur mittels Nadeln kann vielleicht einen leichten Schmerz verursachen, oder man spürt das Setzen der Nadeln gar nicht. Es ist auszuhalten. Es wurde uns im Aufklärungsgespräch gesagt, dass keine Kontraindikationen existieren. Menschen die ängstlich sind oder Hemmungen haben, können durch eine Technik des Gegenatems während des Setzens der Nadeln unterstützt werden, um die Akupunktur so angenehm wie möglich zu erleben.

Die Ohrakupressur mittels Magnetpflastern ist absolut schmerzfrei. Die Magnetpflaster wirken wie kleine magnetische Impulse. Beide haben einen vergleichbaren Effekt. Gemeinsam sitzen wir nun in etwa 30 bis 45 Minuten mit den Akupunkturadeln oder mit den Magnetpflastern. Das NADA-Erlebnis gemeinsam mit der/dem jeweiligen NADA-Therapeut:in beginnt. Während dieser Zeit können die Augen geschlossen oder geöffnet bleiben. Es in Ruhe auf sich einwirken zu lassen. Kein Sprechen, kein Essen, kein Trinken, etc. kann einen ablenken. Die Zeitspanne ist als Richtwert zu sehen. Wenn ein Mensch das Gefühl hat mit der NADA-Behandlung fertig zu sein, besteht die Möglichkeit durch ein Handzeichen sich bemerkbar zu machen - danach werden die Akupunkturadeln entfernt. Die Magnetpflaster verbleiben bis zur nächsten Therapieeinheit im Ohr und können zu jedem Zeitpunkt stimuliert werden. Beide Methoden verursachen selten bis keine Komplikationen und sind für alle Menschen geeignet und die Effekte beider Methoden sind durchaus vergleichbar (NADA-Reader, Österreich, 2015). Die Behandlung erfolgt diagnoseunspezifisch. Ein niederschwelliger Zugang für uns alle, die den Weg des komplementären NADA-Protokolls einschlagen möchten.

#### 1.5.2. Der Aufnahme- und Behandlungsablauf zur NADA-Therapie im PSD Burgenland

Entweder werden die Interessierten durch die FA für Psychiatrie und Psychotherapeutischer Medizin und durch die Team Kolleg:innen zur komplementären NADA-Therapie zugewiesen, oder aber diese melden sich bei Bedarf eigeninitiativ. Wenn sich psychisch beeinträchtigte Menschen im Rahmen der PSD Burgenland für die Behandlung mit dem komplementären NADA-Protokoll entscheiden, wird vorab durch

den/die NADA-Therapeut:in ein Aufklärungs- und Informationsgespräch geführt und ein Informationsblatt mitgegeben (Siehe Anhang A). Ziel und Inhalt dieses Gespräches ist es, über die NADA-Therapie und das Behandlungsprocedere (Regeln während der Behandlung) aufzuklären und gegebenenfalls offene Fragen zu beantworten. Entschließt sich der/die Patient:in für die NADA-Therapie, wird eine Einverständniserklärung unterschrieben (Siehe Anhang B). Menschen können in der Anfangszeit aufgrund der psychischen Beeinträchtigung (z.B.: sozial phobische Tendenzen) ein Einzelsetting in Anspruch nehmen. Prinzipiell findet das komplementäre NADA-Protokoll im PSD Burgenland in einem niederschweligen Gruppensetting statt. Haben Menschen Ängste und Sorgen die NADA-Therapie betreffend, werden sie dazu eingeladen, sich auch erstmal in den Behandlungsraum hinzuzusetzen und einfach zuzusehen, ohne dabei selbst die Behandlung zu erhalten, oder aber werden vorab im Einzelsetting behandelt, bevor sie in das Gruppensetting integriert werden. Es werden auch Menschen, aufgrund fehlender und/ oder eingeschränkter Mobilität, im Rahmen von Hausbesuchen mit dem NADA-Protokoll behandelt; dies stellt aber Ausnahmen dar.

Das standardisierte NADA-Protokoll folgt einem standardisierten Behandlungsablauf. Der/Die NADA-Therapeut:in tritt seitlich an den Menschen heran und stellt vor NADA-Therapie-Beginn folgende drei elementare Fragen (Siehe Tabelle 3), welche durch Fragestellungen wie „Können Sie den Kopf etwas mehr auf die Seite drehen?“, „Darf ich etwas nachhelfen?“, „Darf ich ihr Haar etwas zurückstreifen?“ und „möchten Sie die Sitzung beenden?“ ergänzt werden können (NADA-Skriptum, Österreich, 2022).

Tabelle 3: Der Behandlungsablauf des standardisierten NADA-Protokolls

Frage 1:	„Möchten Sie behandelt werden?“
Frage 2:	„Haben Sie sich beide Ohren desinfiziert?“
Frage 3:	„Darf ich Ihren Kopf berühren?“

### 1.5.3 Voraussetzungen und die Rolle der/des NADA-Therapeut:in

Folgende Voraussetzungen sollen nach Raben (1999) für die NADA-Behandlung erfüllt sein:

- „1. Der Akupunkteur sollte ruhig und ausgeglichen sein. Die eigene Körperposition sollte stabil sein, damit der Klient durch ungeschicktes Verhalten nicht erschreckt wird.
2. Man sollte sich vergewissern, daß [sic!] der Klient die Ohren desinfiziert hat, sicher sitzt und beide Füße am Boden hat. Eine offene Körperhaltung ist vorteilhaft.
3. Man spricht leise und klar. Beim ersten Mal wird dem Klienten die Prozedur erklärt. Wir fragen ihn, ob er nun bereit sei. Wenn die Antwort „Nein“ ist, warten! Den Klienten eventuell einmal lang und tief durchatmen lassen.
4. Den Klienten bitten, seinen Kopf zu drehen, um die Punkte besser zu sehen. Nicht den Kopf des Klienten wie einen Joystick benutzen!
5. Die Nadel zwischen Daumen und Zeigefinger halten. Mit den übrigen Fingern und mit dem Daumen und Zeigefinger der anderen Hand Kontakt zum Klienten herstellen.
6. Den Klienten bitten, ein- und deutlich auszuatmen. Dabei wird die Nadel mit einer leichten Drehung 2-4 mm tief in die Haut eingeführt. Manche Klienten finden das Atmen hilfreich, andere wollen lieber schnelles Nadeln.
7. Einige Klienten zeigen Angst. Sich Zeit lassen und auffordern, tief durchzuatmen. Selbst auch einmal tief durchatmen! Wenn der Klient zurückschreckt, Pause machen und abwarten bis der Klient wieder bereit ist“ (Raben, 1999, S. 25).

### 1.5.4 Das NADA-Equipment – Arbeitsmaterialien

Zur Desinfektion des äußeren Ohres steht in den Gruppenräumlichkeiten für die Teilnehmer:innen eine hautfreundliche Desinfektionslösung mit einer von Pur-Zellin-Tupfern gefüllten Pur-Zellin-Box oder Soft-Zellin-C-Alkoholtupfer zur Verfügung.

In der Akupunkturbehandlung existieren unterschiedliche Nadeltypen, die für das jeweilige Anwendungsgebiet Verwendung finden. Zur Durchführung des komplementären NADA-Protokolls werden für die Ohrakupunktur sterile Akupunktur-Einmal-Stahlnadeln (Größe: 0,20 mm x 15 mm) empfohlen. Erhältlich sind diese

entweder mit einem Kupferwendel- und/oder mit einem Kunststoffgriff ohne Führungsrohr. Die Nadelspitze ist aus hochwertigem medizinischen Edelstahl angefertigt und verspricht eine gute Hautverträglichkeit. In den PSD Burgenland kommen ausschließlich Akupunkturnadeln der Firma TeWa (acupuncture needles) zum Einsatz (Siehe Abbildung 6). Zum Abwurf gebrauchter Akupunkturnadeln steht immer eine Kunststoffbox mit verschließbarem Deckel zur Verfügung.

Für die NADA-Akupressur-Behandlung existieren auch zahlreiche unterschiedliche Arbeitsmaterialien, wie Ohrsamenpflaster und/ oder verschiedene Stahlkügelchen auf Pflaster. Für die NADA-Behandlung werden in den PSD Burgenland die vergoldeten und/oder versilberten Stahlkügelchen auf Pflaster mit gleichzeitiger Magnetwirkung (SYNERGI Magnetkügelchen, gold, silber, 800 Gauss) verwendet (Siehe Abbildung 7). Für das Setzen aller fünf Pflaster bedarf es an Geschicklichkeit, an Übung und an Erfahrung, vor allem den Punkt „Vegetativum“ betreffend. Für die Handhabung empfiehlt es sich als Hilfestellung entweder einen Punktsucher – sogenannten Kugelstopfer – oder eine Pinzette zu verwenden, um die Pflaster an den korrekten Lokalisationen der fünf NADA-Ohrpunkte zu setzen.

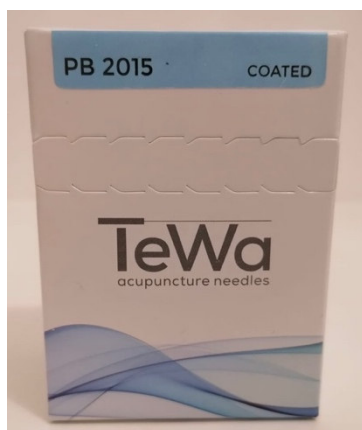


Abbildung 6: Akupunkturnadeln



Abbildung 7: Magnetpflaster

### 1.5.5 Der NADA-Tee

Im Anschluss an das Gruppensetting des standardisierten komplementären NADA-Protokolls wird der spezielle NADA-Kräutertee gereicht. Der NADA-Tee bestand ursprünglich aus sechs Zutaten und wurde im Lincoln Recovery Center in New York als Unterstützung während und nach dem akupunkturgestützten Entzug eingesetzt und ist im amerikanischen Raum auch als „Detox-Tea, Sleep-Mix-Tea oder Dr. Smith-Tea“ bekannt (NADA-Skript Österreich, 2022, S.21). Gegenwärtig besteht der spezielle NADA-Kräutertee in Österreich aus fünf Inhaltsstoffen und dessen speziellen Wirkungseigenschaften (Siehe Tabelle 4). Auf Basis dieser Heilkräuter hat der NADA-Tee u.a. eine wohltuende, beruhigende Wirkung und unterstützt den Abschluss der NADA-Behandlung. Die Teemischung besteht aus allen fünf Kräutern zu gleichen Teilen und wird maximal drei Minuten gezogen. Die Farbe des NADA-Tees sollte eher hell gelbgrün sein und sollte eher dünn als zu konzentriert getrunken werden.

Tabelle 4: Die Eigenschaften der fünf Kräuter des NADA-Tees (NADA-Skriptum, 2022)

<b>Kamille</b>	<b>Pfefferminze</b>	<b>Katzenminze</b>	<b>Schafgarbe</b>	<b>Hopfen</b>
entzündungshemmend	verdauungsfördernd	magenwirksam	hamtreibend	verdauungsfördernd
antiseptisch	antiseptisch	wundheilend	antiseptisch	antiseptisch
krampflösend	krampflösend	krampflösend	krampflösend	krampflösend
schmerzstillend	schmerzstillend	schmerzstillend	blutstillend	schmerzstillend
sedativ	sedativ	menstruationsregulierend	menstruationsregulierend	sedativ

### 1.5.6 Datenbankauswertung der Privatleistungserfassungen des NADA-Protokolls im PSD Burgenland (2017 bis 2022)

Die Datenbankauswertung aus dem medizinischen Dokumentationssystem MedXpert erfolgte mit freundlicher Genehmigung der Geschäftsführung der Sozialen Dienste Burgenland GmbH, Herrn Dr. Johannes Zsifkovits, den zuständigen Datenschutzbeauftragten der Firma X-tention und den chefärztlichen Leitungen der Erwachsenenpsychiatrie Süd, Herrn Dr. Gerhard Miksch, und der

Erwachsenenpsychiatrie Nord, Herrn Dr. Karl-Heinz Lippl, um etwaige datenschutzrechtliche Vorgaben nach Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) zu gewährleisten und einzuhalten [Letzter Zugriff am 06.01.2023 unter <https://www.dsb.gv.at/recht-entscheidungen/gesetze-in-oesterreich.html>].

Die bisherige Datenlage anhand der erfassten spezifischen Privatleistungen (PL-Nummern und PL-Leistungserfassungen) im medizinischen Dokumentationssystem MedXpert der PSD Burgenland im Zeitraum 01.01.2017 bis einschließlich 31.12.2022 zeigt auf, dass das komplementäre NADA-Protokoll, als Teil eines multimodalen, ambulanten sozialpsychiatrischen Therapiekonzepts, im Laufe der Jahre von 2017 bis 2022 im gesamten PSD Burgenland an Beliebtheit und Akzeptanz zugenommen hat (Tabelle 5 und Tabelle 6). Die erhobenen Daten zeigen in der Verteilung der Geschlechter einen deutlichen Trend in Richtung des weiblichen Geschlechts im Alter von 45 bis 64 Jahren, welche das Angebot des komplementären Angebots im PSD Burgenland bisher nutzten.

Im Detail zeigen sich am Beispiel der Beratungs- und Behandlungsstandorte Oberwart (Abbildung 8) und Jennersdorf (Abbildung 9), dass sich die PL-Erfassungen im Sinne der durchgeführten NADA-Therapie-Interventionen, im Laufe der Jahre 2017 bis 2022 deutlich verändert haben. Die Behandlungssettings veränderten sich durch die SARS-COVID-19-Pandemie grundlegend. Alle bisher gesetzten NADA-Therapie-Interventionen der PSD Burgenland, unabhängig ob es sich um Einzelsettings, Gruppensettings und/oder Hausbesuche handelt, werden in der Abbildung 12 (Zeitraum von 2017 bis einschließlich 31.12.2022) abgebildet.

Während die NADA-Therapie-Intervention „Gruppensettings“ in beiden Einrichtungen in den Jahren 2017, 2018 und 2019 stetig zunahmen, verzeichneten sich deutliche Rückgänge der PL-Leistungserfassungen der Gruppensettings in beiden o.g. Einrichtungen ab dem Jahre 2020, welche auf die SARS-COVID-19-Pandemie zurückzuführen sind. Ab diesem Zeitpunkt wurden alle Gruppensettings in den Beratungs- und Behandlungsstandorten und Sozialpsychiatrischen Ambulatorien der PSD Burgenland bis auf Weiteres aufgrund der Pandemie und der damit verbundenen Lockdowns österreichweit eingestellt. In manchen Standorten konnte das NADA-

Therapie Gruppensetting teilweise als sogenannte „Kriseninterventionsgruppe“ unter strengster Einhaltung von vorgegebenen Maßnahmen – beschränkter Anzahl an Teilnehmer:innen (maximal vier Teilnehmer:innen), strikter FFP-2-Maskenpflicht, ausreichend gewährter Abstand (mindestens zwei bis vier Meter pro Person), kein Ausschneiden des NADA-Tees, etc. – fortgeführt werden. Diese PL-Leistungserfassungen bzw. Statistiken wurden – aufgrund des zu diesem Zeitpunkt nicht durchführbaren standardisierten NADA-Protokolls – in dieser Masterthesis nicht berücksichtigt. Ab dem dritten Quartal des Kalenderjahres 2021 wurden die Gruppenangebote langsam wieder forciert und die Akquisition für Teilnehmer:innen bei „allen“ Gruppensettings in den Beratungs- und Behandlungsstandorten gestartet.

Tabelle 5: PL-Nummern der NADA-Therapie des PSD Oberwart (2017-2022)

<b>PSD OBERWART</b>	PL 160 und PL 84	PL 159 und PL 74	PL 161
<b>NADA-Therapie-Einzelsetting</b>	722		
<b>NADA-Therapie-Gruppensetting</b>		1602	
<b>NADA-Therapie im Rahmen von Hausbesuchen</b>			306

Tabelle 6: PL-Nummern der NADA-Therapie des PSD Jennersdorf (2017 - 2022)

<b>PSD JENNERSDORF</b>	PL 160 und PL 84	PL 159 und PL 74	PL 161
<b>NADA-Therapie-Einzelsetting</b>	625		
<b>NADA-Therapie-Gruppensetting</b>		1910	
<b>NADA-Therapie im Rahmen von Hausbesuchen</b>			66

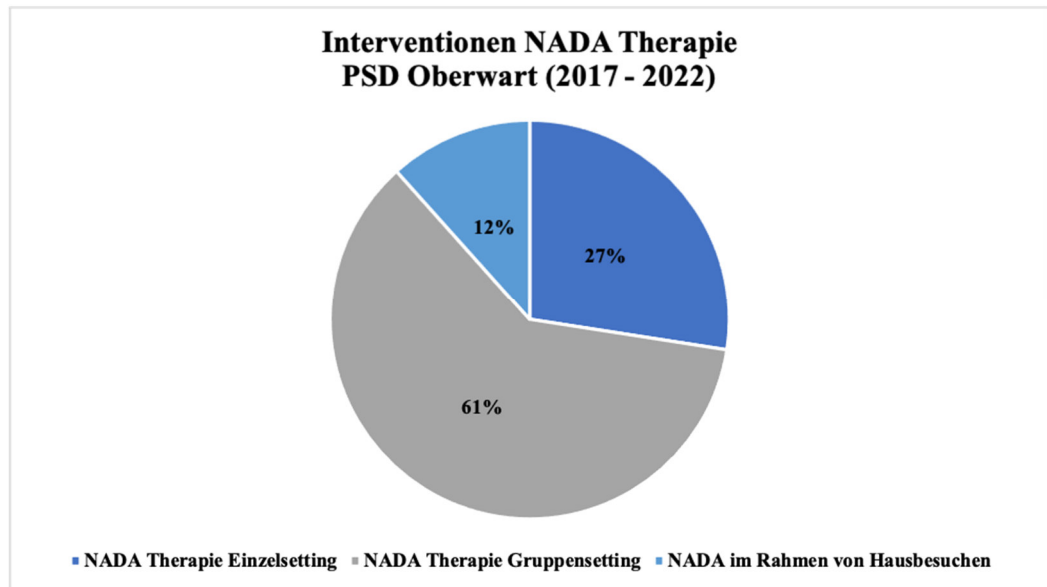


Abbildung 8: Interventionen der NADA-Therapie des PSD Oberwart (2017 - 2022)

Bei den Sozialpsychiatrischen Ambulatorien galt zu diesem Zeitpunkt noch ein anderes Reglement. Seit 2022 werden nun sukzessive „alle“ Gruppensettings im Rahmen der PSD Burgenland bundeslandweit wieder angeboten. Die Datenlage zeigt jedoch auf, dass die Anzahl an Teilnehmer:innen in Gruppensettings noch im Vergleich zu vor der SARS-COVID-19-Pandemie, nicht erreicht ist. Dies mag zahlreiche Gründe haben, auf die hier nicht näher eingegangen wird.

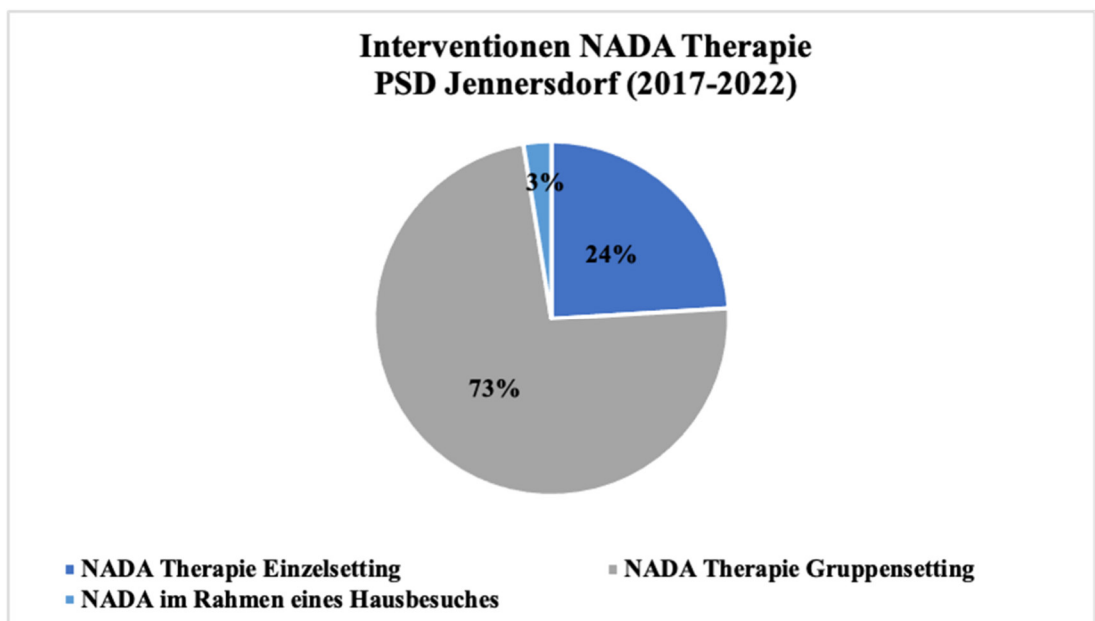


Abbildung 9: Interventionen der NADA-Therapie des PSD Jennersdorf (2017 - 2022)

Betrachtet man jedoch die Zeitspanne während der SARS-COVID-19-Pandemie (2020 bis 2022) genauer, zeigen die erhobene PL-Leistungserfassungen der PSD Burgenland Oberwart (Siehe Abbildung 10) und Jennersdorf (Siehe Abbildung 11) auf, dass deutliche Zugänge der NADA-Therapie-Einzelsettings ab dem Jahre 2020 zu verzeichnen sind.

Die erhobenen PL-Leistungserfassungen des Jahres 2022 zeigen im Vergleich zu 2021 auf, dass im PSD Jennersdorf die Interventionen im Einzelsetting wieder deutlich abnehmen, wohingegen die Anzahl an Teilnehmer:innen in den Gruppensettings zunehmen. Die Intervention des NADA-Therapie-Einzelsettings im PSD Oberwart im Kalenderjahr 2022 scheint weiterhin, neben der NADA-Therapie-Gruppe, sehr beliebt zu sein und teilweise bevorzugt zu werden. Dennoch verzeichnen diese bereits einen deutlichen Rückgang im Vergleich zu 2021. Berücksichtigt werden muss aber auch die zweimonatige Sommerpause des NADA-Therapie-Gruppensettings im PSD Oberwart 2022.

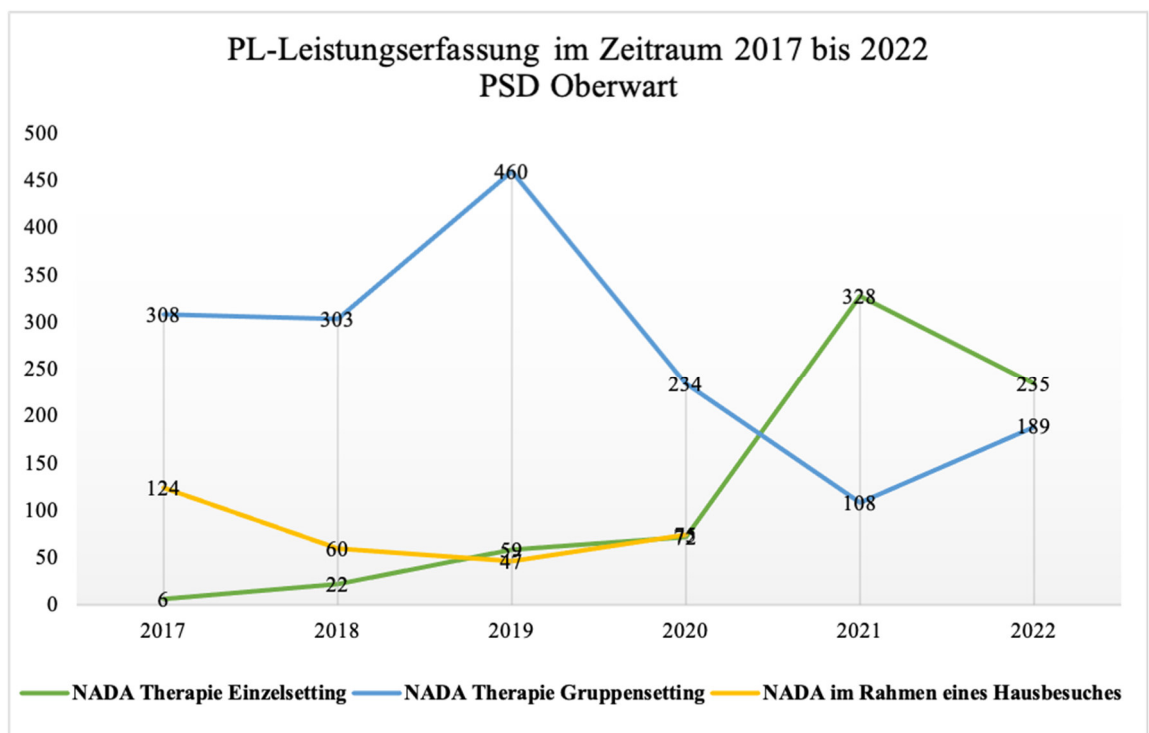


Abbildung 10: PL-Leistungserfassung PSD Oberwart (2017 bis 2022)

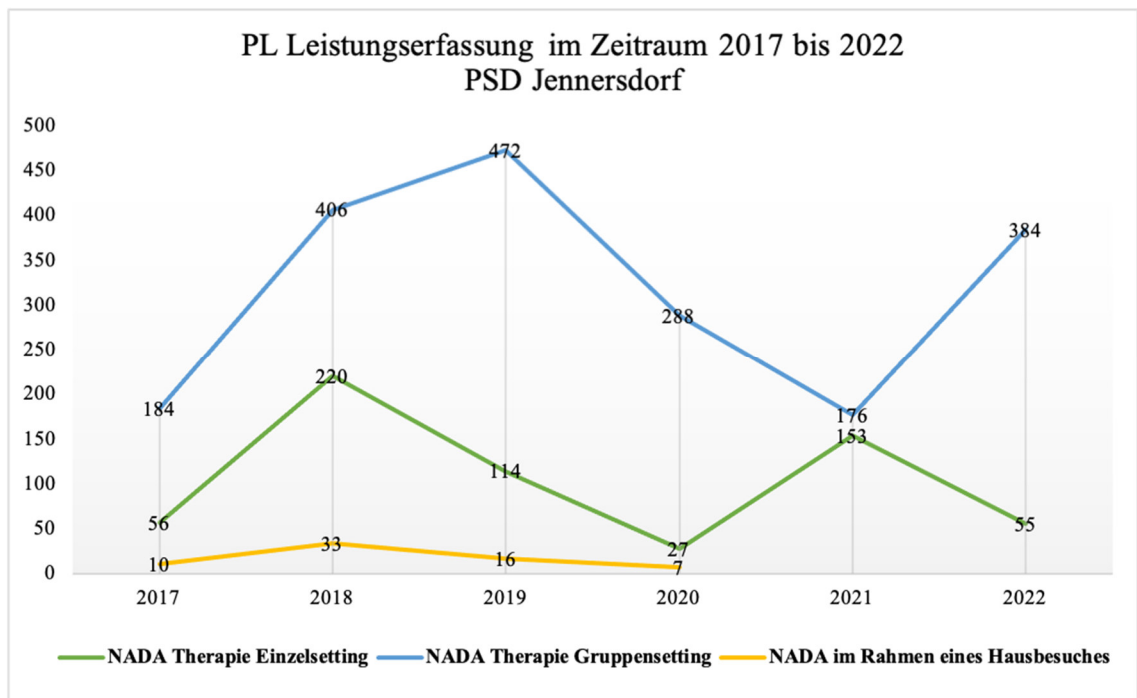


Abbildung 11: PL-Leistungserfassung PSD Jennersdorf (2017 bis 2022)

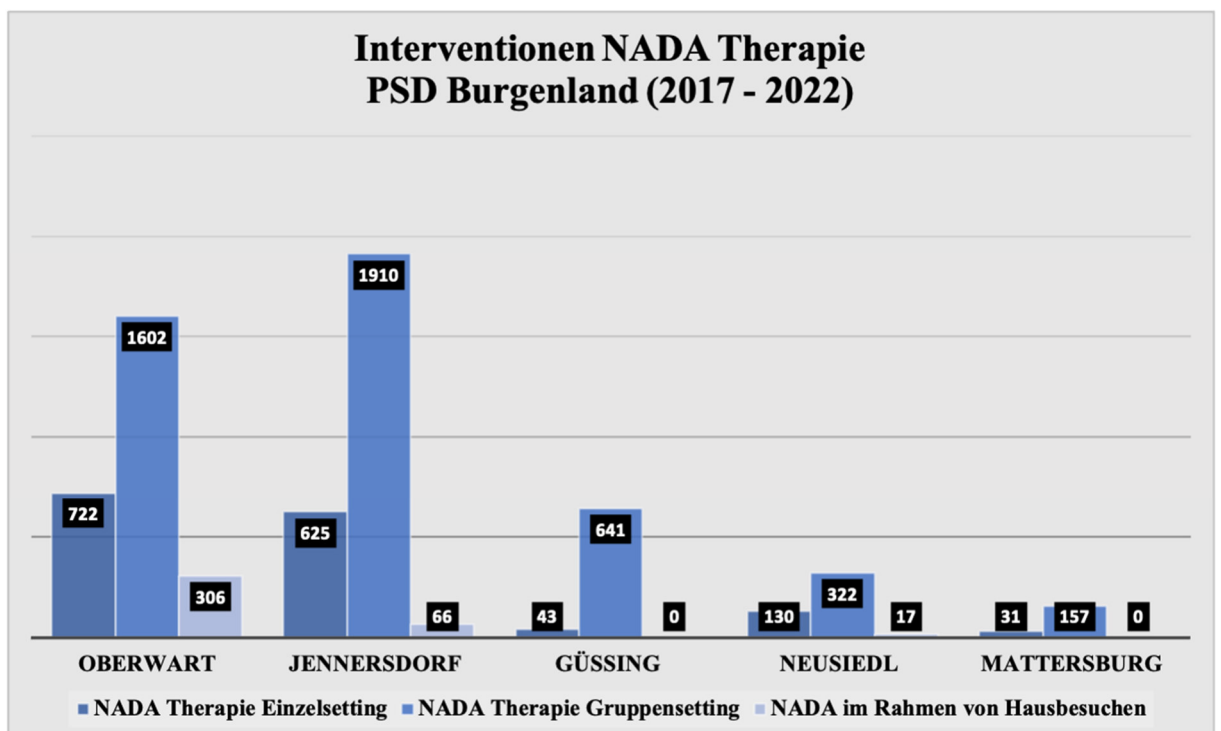


Abbildung 12: Gesamt NADA-Interventionen der PSD Burgenland im Zeitraum 2017 bis 2022

## 1.6 Einblick über Stand der wissenschaftlichen Erforschung des komplementären NADA-Protokolls

### 1.6.1 Die Verwendungsbereiche, Erfahrungen und Wirksamkeitsstudien

Bei Eingabe des Suchbegriffes „acupuncture“ in die Datenbank für biomedizinische Literatur der amerikanischen National Library of medicine – auch bekannt unter Pubmed (*PubMed, o.D.*) – erhält man gegenwärtig exakt 39.596 Treffer von veröffentlichten Artikeln in der Fachliteratur für Akupunktur (RCTs: 8.851, Systematische Reviews: 2.828, Metaanalysen 2.481). [Letzter Zugriff am 15.10.2022 unter: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>]. Finden Suchbefehle, wie „nada protocol“, „nada + ear acupuncture“, etc. Anwendung, so erhält man deutlich weniger Ergebnisse (Siehe Tabelle 7) [Letzter Zugriff am 12.01.2023 unter: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>].

Tabelle 7: Literatursuche Pubmed „NADA + ...“

SUCHBEFEHLE	ERGEBNISSE
NADA protocol	128
NADA + ear acupuncture	34
NADA ear acupuncture + NADA protocol	26
National Acupuncture Detoxification Association	29
NADA + detoxification	44
NADA protocol + psychiatry	17
NADA + drug abuse	48

Im Vergleich zur Studienlage der Akupunktur, finden sich bei dem komplementären NADA-Protokoll nur wenige Studien, die dem Goldstandard entsprechen. Zum Nachweis der Wirkungen von Behandlungsmethoden gelten üblicherweise randomisierte kontrollierte Studien, bzw. RCTs, die als Goldstandard bezeichnet werden (Kaptchuk, 2001). Gegenwärtig existieren keine Metaanalysen. Das komplementäre NADA-Protokoll ist wirksam, das steht außer Frage. Die Erfahrung der letzten 40 Jahre zeigen,

dass das NADA-Protokoll eine „regulierende Wirkung auf unser vegetatives System (Sympathikus, Parasympathikus und das endokrine System)“ hat (NADA-Reader, Österreich, 2015, S. 22). Einem Beitrag der deutschen Zeitschrift für Akupunktur zu entnehmen, ist die Studienlage aufgrund einer inadäquaten Forschungsmethodik, einem eingeschränkten Verständnis über die Wirkungsweise des NADA-Protokolls sowie einem eingeschränkten Verständnis über die Komplementarität des NADA-Protokolls uneinheitlich (Ots, 2017). Der Autor betont, dass die Zukunft der NADA-Forschung in der Effectiveness-Forschung liegen sollte. In anderen Worten liegt das Ziel der NADA-Protokoll-Evaluationsforschung in der Wirksamkeitsforschung unter Realbedingungen. Denn die Effectiveness-Forschung verlangt darüber hinaus die Beforschung der Wirksamkeit eines Verfahrens unter Versorgungsbedingungen; die externe Validität wird mit einbezogen (Reinecker, 2009). Eine mögliche zukünftige intensivere Beforschung der Prädiktoren der Wirksamkeit und die Durchführung von Vergleichsanalysen erlauben eine exaktere Aussage über die Outcome-Forschung des komplementären NADA-Protokolls (Ots, 2017).

Die Autor:innen Stuyt, Voyles & Bursac (2018) postulieren: „The National Acupuncture Detoxification Association (NADA) protocol, a simple standardized auricular treatment has the potential to provide vast public health relief on issues currently challenging our world“ (S. 1).

Das komplementäre NADA-Protokoll findet mittlerweile in der Forschung in vielen europäischen und außereuropäischen Ländern zahlreichen Zuspruch. Bei der Literaturrecherche lassen sich mittlerweile zahlreiche Studien finden. Die Autor:innen Lindell und Ek (2010) kamen in ihrer landesweiten durchgeführten Studie in Schweden zum Ergebnis, dass das NADA-Protokoll bereits in zahlreichen staatlichen Psychiatrien Anwendung findet und weit verbreitet ist. Einige Studien, die im ambulanten, stationären, im psychiatrischen Kontext und in anderen Einsatzbereichen erhoben wurden, beschreiben mehrheitlich

- gute Erfahrungen hinsichtlich der Implementierung, Symptomlinderung, und der positiven Wirkung und Akzeptanz des komplementären NADA-Protokolls im

klinischen Setting (Geib et al. 2017; Hase & Hase, 2014; Payer et al., 2007), vor allem aber als ergänzende

- Anwendung in der Entzugs- und Suchtbehandlung von Alkohol-, Heroin- und Kokainabhängigkeiten (Carter, Olshan-Perlmutter, Marx, Martini & Cairns, 2017; Weidig, 2012; Margolin et al., 2002; Bullock et al., 2002; Avants, Margolin, Holford & Kosten, 2000; Brewington et al., 1994; Washburn et al., 1993; Smith & Khan, 1988; Smith, 1979; Shakur & Smith, 1979),
- bei Neugeborenen mit Entzugssyndrom aufgrund mütterlicher Substitutionstherapie (Raith, 2014),
- bei der Nikotinentwöhnung (Bier, Wilson, Studt & Shakleton, 2002),
- bei onkologischen Patient:innen (Schienle, in NADA-Reader, Österreich, 2015, S.45) und
- bei der Arbeit mit Flüchtlingen mit Traumatisierungen (Friedrichs, 2019).

Als positive Wirkungen der NADA-Therapie werden Entspannungsgefühle, ein gesteigertes Wohlbefinden, eine innere Ruhe und „neue Verhaltensweisen“ beschrieben (Bergdahl, Berman & Haglund, 2014; Schönegger & Ots, 2013). Eine durchgeführte Studie über das standardisierte NADA-Protokoll im Gruppensetting einer psychiatrischen Schweizer Tagesklinik zeigte einen linear-abnehmenden Trend der untersuchten Symptome und führte teilweise zu hoch signifikanten Befindlichkeitsverbesserungen (Röbe, 2015).

Wenige Studien hingegen sind im ambulanten psychiatrischen Setting zu finden. Eine Verlaufsstudie von Schönegger und Ots (2013) im ambulanten sozialpsychiatrischen extramuralen Kontext beschreibt, wie auch andere vorangegangene Studien aus suchtmedizinischen Bereichen im ambulanten Setting (Buhk, Busche, Feldkamp & Koch, 2001), signifikante Ergebnisse im Prä-Post-Bereich hinsichtlich der Symptomreduktion bei Patient:innen mit psychiatrischen Diagnosen.

Das komplementäre NADA-Protokoll ist im psychosozialen Kontext wirksam (Schönegger, 2019). Eine Studie konnte auch deutliche Verbesserungen der erhobenen

Zielparametern bei depressiven Episoden im geriatrischen Bereich nachweisen (Geib et al., 2017).

Die spezielle Aurikolotherapie – das komplementäre NADA-Protokoll – etablierte sich auch als Anwendung bei weiteren psychiatrischen Beeinträchtigungen/ Erkrankungen, wie bei

- Depressionen (Kim et al., 2022; De Lorent, Agorastos, Yassouridis, Kellner & Muhtz 2016; Geib et al., 2017; Carter, Olshan-Perlmutter, Norton & Smith, 2011; Lin, Li, Zhou & Liu 2005; Ogal, Ogal & Hafer, 2004; Nixon, Cheng & Cloutier 2003),
- bei posttraumatischen Belastungsstörungen (Hase, 2019; Hase & Balmaceda 2015; Helms, Walkowski, Elkiss, Pittman, Kouchis & Lawrence 2011; Raben, 2011; Yarberr, 2010; Schönegger, 2019),
- bei Reduktion bzw. Linderung von Stress/Angst, Burn-Out und sekundärem traumatischem Stress (Reilly et al., 2014),
- Reduktion von Eigenschafts- und Zustandsängsten (Buchanan, Reilly, Vafides, & Dykes, 2018),
- Reduktion von Angst- und Burn-Out-Symptomatiken beim Gesundheitspersonal durch die Akupressur des Shen Men (Olshan-Perlmutter, Carter & Marx, 2019),
- bei Verringerungen von Angststörungen (De Lorent et al., 2016; Ahlberg, Skarberg & Kjellin 2016; Mora, Iannuzzi, Lang, Steinlechner, Barker, Dobrovits et al., 2007; Wang & Kain, 2001)
- bei der Reduktion bei präoperativer Angst (Wang, Peloquin, & Kain, 2001),
- bei Angst- und Schmerzreduktion (Kurebayashi, Borges de Souza, Turrini, Marques, Rodrigues & Charlesworth, 2017),
- bei Schlafstörungen (Cheuk, Yeung, Chung & Wong 2012; Lee, Shin, Suen, Park & Ernst 2008; Kim & Sok 2007),
- bei emotionaler instabiler Persönlichkeit – Borderline Typus – (Röbe, 2016) und
- bei Essstörungen (Olsson & Landgren 2020).

## **EMPIRISCHER TEIL**

### **2 Einleitung und Zielsetzung der empirischen Arbeit**

Die vorliegende Masterthesis hat das Ziel, mögliche Unterschiede innerhalb einer Stichprobe von Patient:innen mit psychiatrischen Diagnosen (diagnostiziert nach ICD-10, Siehe Kapitel 1.2.1) zwischen zwei Messzeitpunkten ( $T_1 - T_2$ ) hinsichtlich der Symptomatologie, der Stressbelastung respektive des Stressempfindens sowie der Depressionsausprägung zu untersuchen. Das Kapitel 3 widmet sich der Fragestellung und den daraus abgeleiteten Hypothesen. Das Kapitel 4 beschreibt zunächst die Methodik dieser Arbeit. Dabei wird auf die Stichprobe (Siehe Kapitel 4.1), die Rekrutierung der Proband:innen (Siehe Kapitel 4.2), die Ein- und Ausschlusskriterien (Siehe Kapitel 4.3), die datenschutzrechtlichen Richtlinien (Siehe Kapitel 4.4), die Erhebungsinstrumente (Siehe Kapitel 4.5), das Untersuchungsdesign (Siehe Kapitel 4.6) sowie auf die Datenanalyse und die statistischen Auswertungsverfahren (Siehe Kapitel 4.7) näher eingegangen. Das Kapitel 5 widmet sich der Ergebnisdarstellung, und im Kapitel 6 wird eine Zusammenfassung der Ergebnisse dargestellt. Die Diskussion (Siehe Kapitel 7) und das Fazit (Siehe Kapitel 8) stellen das Ende dieser Masterthesis dar.

Es existieren zahlreiche Studien zum komplementären NADA-Protokoll, die überwiegend auf Beobachtungsstudien mithilfe von numerischen Rating-Skalen (NRS) aufgebaut sind. Es hat sich gezeigt, dass bei Menschen mit Suchtabhängigkeiten oder psychiatrischen Erkrankungen das Einsetzen „klassischer Kontrollgruppen“ aus ethischen Gründen weniger oft durchgeführt werden.

Die hier vorliegende Arbeit zielt darauf ab, in einem Prä-Post-Test-Design (Messwiederholung) durch den Behandlungseinsatz des komplementären NADA-Protokolls im ambulanten sozialpsychiatrischen Setting der PSD Burgenland,

- (1) eine Reduktion der Symptomatologie der Gesamtindexe (GSI, PST, PSDI), gemessen durch das Messinstrument der revidierten Symptom-Checklist-Standard (SCL-90®-S)
- (2) eine Reduktion des Stressniveaus gemessen anhand der subjektiven Einschätzung der Perceived Stress Scale (PSS-10)

- (3) eine Reduktion des Gesamt-Affektivitäts-Scores der Allgemeinen Depressionsskala (ADS-L) nachweisen zu können.

Es wird angenommen, dass relevante Unterschiede auf mögliche Signifikanz gefunden werden.

### **3 Fragestellungen und Hypothesen**

Dieses Kapitel setzt sich aus den Kapiteln 3.1 Hypothesen und 3.2 Explorative Fragestellungen zusammen. Die Forschungsfrage wird im empirischen Teil des Kapitels 3.1 formuliert und davon werden die 20 Forschungshypothesen abgeleitet. Die explorativen Fragestellungen zielen darauf ab, einen Überblick hinsichtlich der subjektiven Wichtigkeit und Intensität einzelner Prädiktoren der untersuchten Proband:innen zu eruieren.

#### **3.1. Hypothesen**

Welchen Beitrag kann das komplementäre NADA-Protokoll, als Teil eines multimodalen Therapiekonzepts der Psychosozialen Dienste Burgenland, in der sozialpsychiatrischen Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Menschen im sozialpsychiatrischen, extramuralen ambulanten Setting leisten?

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden folgende Hypothesen aufgestellt, wobei

1. die körperlichen und psychischen Beschwerden (Gesamt-Symptomatologie)
2. die Anzahl der belastenden Symptome
3. die Antwortintensität
4. das Stressempfinden
5. die Depressionsausprägung und

die einzelnen Kennwerte der Subskalen der Symptom-Checklist-90-R

6. „Somatisierung (SOMAT)“
7. „Zwanghaftigkeit (ZWANG)“
8. „Unsicherheit im Sozialkontakt (UNSI)“
9. „Depressivität (DEPR)“
10. „Ängstlichkeit (ANGST)“
11. „Aggressivität/ Feindseligkeit (AGGR)“
12. „Phobische Angst (PHOB)“
13. „Paranoides Denken (PARA)“
14. „Psychotizismus (PSYCH)“ primäre Outcomes darstellen.

Als sekundäre Outcomes wurden folgende Hypothesen definiert:

15. „Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Veränderung der Gesamt-Symptombelastung (GSI)“ unter Konstanthaltung des Ausgangswertes
16. „Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Veränderung der Intensität der Antworten (PSDI)“ unter Konstanthaltung des Ausgangswertes
17. „Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Veränderung der Anzahl der belastenden Symptome (PST)“ unter Konstanthaltung des Ausgangswertes
18. „Unterschied hinsichtlich der psychopharmakologischen Medikamenteneinnahme und der Veränderung der Gesamt-Symptombelastung (GSI)“ unter Konstanthaltung des Ausgangswertes
19. „Unterschied der Inanspruchnahme eines zusätzlichen Behandlungsangebot der PSD hinsichtlich der Veränderung der Gesamt-Symptombelastung (GSI)“ unter Konstanthaltung des Ausgangswertes
20. „Unterschied der Diagnose hinsichtlich der Veränderung der Gesamt-Symptombelastung (GSI)“ unter Konstanthaltung des Ausgangswertes.

### **(1) Psychopathologie/ Symptomatologie der körperlichen und psychischen Beschwerden**

**Fragestellung 1:** Existieren innerhalb der Gruppe Unterschiede hinsichtlich der Gesamt-Symptombelastung (GSI) zwischen dem ersten (vor Therapiebeginn) und dem letzten Testzeitpunkt (nach mindestens acht Wochen Therapiebehandlung)?

**H<sub>0</sub> (1.1):** Die Symptombelastung der Proband:innen des globalen Kennwertes der psychischen Belastung (GSI) der SCL-90®-S unterscheidet sich nicht signifikant zwischen den zwei Testzeitpunkten.

**H<sub>1</sub> (1.2):** Die Symptombelastung der Proband:innen des globalen Kennwertes der psychischen Belastung (GSI) der SCL-90®-S unterscheidet sich signifikant zwischen den zwei Testzeitpunkten.

## **(2) Intensität der Antworten**

**Fragestellung 2:** Existieren innerhalb der Gruppe Unterschiede hinsichtlich der Intensität der Antworten (PSDI) zwischen dem ersten (vor Therapiebeginn) und dem letzten Testzeitpunkt (nach mindestens acht Wochen Therapiebehandlung)?

**H<sub>0</sub> (2.1):** Die Intensität der Antworten (PSDI) der SCL-90®-S unterscheidet sich nicht signifikant zwischen den zwei Testzeitpunkten.

**H<sub>1</sub> (2.2):** Die Intensität der Antworten (PSDI) der SCL-90®-S unterscheidet sich signifikant zwischen den zwei Testzeitpunkten.

## **(3) Anzahl der belastenden Symptome**

**Fragestellung 3:** Existieren innerhalb der Gruppe Unterschiede hinsichtlich der Anzahl der belastenden Symptome (PST) zwischen dem ersten (vor Therapiebeginn) und dem letzten Testzeitpunkt (nach mindestens acht Wochen Therapiebehandlung)?

**H<sub>0</sub> (3.1):** Die Anzahl der belastenden Symptome (PST) der SCL-90®-S unterscheidet sich nicht signifikant zwischen den zwei Testzeitpunkten.

**H<sub>1</sub> (3.2):** Die Anzahl der belastenden Symptome (PST) der SCL-90®-S unterscheidet sich signifikant zwischen den zwei Testzeitpunkten.

#### **(4) Stressempfinden**

**Fragestellung 4:** Besteht durch den Einsatz des komplementären NADA-Protokolls ein Unterschied hinsichtlich des Stressniveaus zwischen dem ersten (vor Therapiebeginn) und dem letzten Testzeitpunkt (nach mindestens acht Wochen Therapiebehandlung)?

**H<sub>0</sub> (4.1):** Es gibt keinen Unterschied des Stressempfindens vor und nach dem Einsatz des komplementären NADA-Protokolls.

**H<sub>1</sub> (4.2):** Es gibt einen Unterschied des Stressempfindens vor und nach dem Einsatz des komplementären NADA-Protokolls.

#### **(5) Depressionsausprägung**

**Fragestellung 5:** Besteht durch den Einsatz des komplementären NADA-Protokolls ein Unterschied hinsichtlich der Depressionsausprägung zwischen dem ersten (vor Therapiebeginn) und dem letzten Testzeitpunkt (nach mindestens acht Wochen Therapiebehandlung)?

**H<sub>0</sub> (5.1):** Es gibt keinen signifikanten Unterschied der Depressionsausprägung vor und nach dem Einsatz des komplementären NADA-Protokolls.

**H<sub>1</sub> (5.2):** Es gibt einen signifikanten Unterschied der Depressionsausprägung vor und nach dem Einsatz des komplementären NADA-Protokolls.

#### **(6) Symptombelastung „Somatisierung“**

**Fragestellung 6:** Existiert durch den Einsatz des komplementären NADA-Protokolls ein Unterschied hinsichtlich der Skala „Somatisierung“ zwischen dem ersten (vor Therapiebeginn) und dem letzten Testzeitpunkt (nach mindestens acht Wochen)?

**H<sub>0</sub> (6.1):** Die Symptombelastung der Proband:innen des Kennwertes der Somatisierung (SOMAT) der SCL-90®-S unterscheidet sich nicht signifikant zwischen den zwei Testzeitpunkten.

**H<sub>1</sub> (6.2):** Die Symptombelastung der Proband:innen des Kennwertes der Somatisierung (SOMAT) der SCL-90®-S unterscheidet sich signifikant zwischen den zwei Testzeitpunkten.

### **(7) Symptombelastung „Zwanghaftigkeit“**

**Fragestellung 7:** Existiert durch den Einsatz des komplementären NADA-Protokolls ein Unterschied hinsichtlich der Skala „Zwanghaftigkeit“ zwischen dem ersten (vor Therapiebeginn) und dem letzten Testzeitpunkt (nach mindestens acht Wochen)?

**H<sub>0</sub> (7.1):** Die Symptombelastung der Proband:innen des Kennwertes der Zwanghaftigkeit (ZWANG) der SCL-90®-S unterscheidet sich nicht signifikant zwischen den zwei Testzeitpunkten.

**H<sub>1</sub> (7.2):** Die Symptombelastung der Proband:innen des Kennwertes der Zwanghaftigkeit (ZWANG) der SCL-90®-S unterscheidet sich signifikant zwischen den zwei Testzeitpunkten.

### **(8) Symptombelastung „Unsicherheit im Sozialkontakt“**

**Fragestellung 8:** Existiert durch den Einsatz des komplementären NADA-Protokolls ein Unterschied hinsichtlich der Skala „Unsicherheit im Sozialkontakt“ zwischen dem ersten (vor Therapiebeginn) und dem letzten Testzeitpunkt (nach mindestens acht Wochen)?

**H<sub>0</sub> (8.1):** Die Symptombelastung der Proband:innen des Kennwertes Unsicherheit im Sozialkontakt (UNSI) der SCL-90®-S unterscheidet sich nicht signifikant zwischen den zwei Testzeitpunkten.

**H<sub>1</sub> (8.2):** Die Symptombelastung der Proband:innen des Kennwertes Unsicherheit im Sozialkontakt (UNSI) der SCL-90®-S unterscheidet sich signifikant zwischen den zwei Testzeitpunkten.

### **(9) Symptombelastung „Depressivität“**

**Fragestellung 9:** Existiert durch den Einsatz des komplementären NADA-Protokolls ein Unterschied hinsichtlich der Skala „Depressivität“ zwischen dem ersten (vor Therapiebeginn) und dem letzten Testzeitpunkt (nach mindestens acht Wochen)?

**H<sub>0</sub> (9.1):** Die Symptombelastung der Proband:innen des Kennwertes Depressivität (DEPR) der SCL-90®-S unterscheidet sich nicht signifikant zwischen den zwei Testzeitpunkten.

**H<sub>1</sub> (9.2):** Die Symptombelastung der Proband:innen des Kennwertes Depressivität (DEPR) der SCL-90®-S unterscheidet sich signifikant zwischen den zwei Testzeitpunkten.

### **(10) Symptombelastung „Ängstlichkeit/ Feindseligkeit“**

**Fragestellung 10:** Existiert durch den Einsatz des komplementären NADA-Protokolls ein Unterschied hinsichtlich der Skala „Ängstlichkeit“ zwischen dem ersten (vor Therapiebeginn) und dem letzten Testzeitpunkt (nach mindestens acht Wochen)?

**H<sub>0</sub> (10.1):** Die Symptombelastung der Proband:innen des Kennwertes Ängstlichkeit (ANGST) der SCL-90®-S unterscheidet sich nicht signifikant zwischen den zwei Testzeitpunkten.

**H<sub>1</sub> (10.2):** Die Symptombelastung der Proband:innen des Kennwertes Ängstlichkeit (ANGST) der SCL-90®-S unterscheidet sich signifikant zwischen den zwei Testzeitpunkten.

### **(11) Symptombelastung „Aggressivität/ Feindseligkeit“**

**Fragestellung 11:** Existiert durch den Einsatz des komplementären NADA-Protokolls ein Unterschied hinsichtlich der Skala „Aggressivität/ Feindseligkeit“ zwischen dem ersten (vor Therapiebeginn) und dem letzten Testzeitpunkt (nach mindestens acht Wochen)?

**H<sub>0</sub> (11.1):** Die Symptombelastung der Proband:innen des Kennwertes Aggressivität/ Feindseligkeit (AGGR) der SCL-90®-S unterscheidet sich nicht signifikant zwischen den zwei Testzeitpunkten.

**H<sub>1</sub> (11.2):** Die Symptombelastung der Proband:innen des Kennwertes Aggressivität/ Feindseligkeit (AGGR) der SCL-90®-S unterscheidet sich signifikant zwischen den zwei Testzeitpunkten.

### **(12) Symptombelastung „Phobische Angst“**

**Fragestellung 12:** Existiert durch den Einsatz des komplementären NADA-Protokolls ein Unterschied hinsichtlich der Skala „Phobische Angst“ zwischen dem ersten (vor Therapiebeginn) und dem letzten Testzeitpunkt (nach mindestens acht Wochen)?

**H<sub>0</sub> (12.1):** Die Symptombelastung der Proband:innen des Kennwertes Phobische Angst (PHOB) der SCL-90®-S unterscheidet sich nicht signifikant zwischen den zwei Testzeitpunkten.

**H<sub>1</sub> (12.2):** Die Symptombelastung der Proband:innen des Kennwertes Phobische Angst (PHOB) der SCL-90®-S unterscheidet sich signifikant zwischen den zwei Testzeitpunkten.

### **(13) Symptombelastung „Paranoides Denken“**

**Fragestellung 13:** Existiert durch den Einsatz des komplementären NADA-Protokolls ein Unterschied hinsichtlich der Skala „Paranoides Denken“ zwischen dem ersten (vor Therapiebeginn) und dem letzten Testzeitpunkt (nach mindestens acht Wochen)?

**H<sub>0</sub> (13.1):** Die Symptombelastung der Proband:innen des Kennwertes Paranoides Denken (PARA) der SCL-90®-S unterscheidet sich nicht signifikant zwischen den zwei Testzeitpunkten.

**H<sub>1</sub> (13.2):** Die Symptombelastung der Proband:innen des Kennwertes Paranoides Denken (PARA) der SCL-90®-S unterscheidet sich signifikant zwischen den zwei Testzeitpunkten.

#### **(14) Symptombelastung „Psychotizismus“**

**Fragestellung 14:** Existiert durch den Einsatz des komplementären NADA-Protokolls ein Unterschied hinsichtlich der Skala „Psychotizismus“ zwischen dem ersten (vor Therapiebeginn) und dem letzten Testzeitpunkt (nach mindestens acht Wochen)?

**H<sub>0</sub> (14.1):** Die Symptombelastung der Proband:innen des Kennwertes Psychotizismus (PSYCH) der SCL-90®-S unterscheidet sich nicht signifikant zwischen den zwei Testzeitpunkten.

**H<sub>1</sub> (14.2):** Die Symptombelastung der Proband:innen des Kennwertes Psychotizismus (PSYCH) SCL-90®-S unterscheidet sich signifikant zwischen den zwei Testzeitpunkten.

#### **(15) Geschlecht und Psychopathologie/ Symptomatologie der körperlichen und psychischen Beschwerden**

**Fragestellung 15:** Besteht ein Unterschied zwischen den Geschlechtern hinsichtlich der Veränderung der Gesamt-Symptombelastung (GSI) zwischen dem ersten (vor Therapiebeginn) und dem letzten Testzeitpunkt (nach mindestens acht Wochen) unter Konstanthaltung des Ausgangswertes?

**H<sub>0</sub> (15.1):** Es besteht kein Geschlechtsunterschied hinsichtlich der Veränderung der Symptombelastung des globalen Kennwertes der psychischen Belastung (GSI) der SCL-90®-S zwischen den zwei Testzeitpunkten unter Konstanthaltung des Ausgangswertes.

**H<sub>1</sub> (15.2):** Es besteht ein signifikanter Geschlechtsunterschied hinsichtlich der Veränderung der Symptombelastung des globalen Kennwertes der psychischen Belastung (GSI) der SCL-90®-S zwischen den zwei Testzeitpunkten unter Konstanthaltung des Ausgangswertes.

## **(16) Geschlecht und Veränderung der Intensität der Antworten**

**Fragestellung 16:** Besteht ein Unterschied zwischen den Geschlechtern hinsichtlich der Veränderung der Intensität der Antworten (PSDI) zwischen dem ersten (vor Therapiebeginn) und dem letzten Testzeitpunkt (nach mindestens acht Wochen) unter Konstanthaltung des Ausgangswertes?

**H<sub>0</sub> (16.1):** Es besteht kein Geschlechtsunterschied hinsichtlich der Veränderung der Intensität der Antworten der SCL-90®-S zwischen den zwei Testzeitpunkten unter Konstanthaltung des Ausgangswertes.

**H<sub>1</sub> (16.2):** Es besteht ein signifikanter Geschlechtsunterschied hinsichtlich der Veränderung der Intensität der Antworten der SCL-90®-S zwischen den zwei Testzeitpunkten unter Konstanthaltung des Ausgangswertes.

## **(17) Geschlecht und Anzahl der belastenden Symptome**

**Fragestellung 17:** Besteht ein Unterschied zwischen den Geschlechtern hinsichtlich der Anzahl der belastenden Symptome (PST) zwischen dem ersten (vor Therapiebeginn) und dem letzten Testzeitpunkt (nach mindestens acht Wochen) unter Konstanthaltung des Ausgangswertes?

**H<sub>0</sub> (17.1):** Es besteht kein Geschlechtsunterschied hinsichtlich der Anzahl der belastenden Symptome (PST) der SCL-90®-S zwischen den zwei Testzeitpunkten unter Konstanthaltung des Ausgangswertes.

**H<sub>1</sub> (17.2):** Es besteht ein signifikanter Geschlechtsunterschied hinsichtlich der Anzahl der belastenden Symptome (PST) der SCL-90®-S zwischen den zwei Testzeitpunkten unter Konstanthaltung des Ausgangswertes.

## **(18) Medikamente und Psychopathologie/ Symptomatologie der körperlichen und psychischen Beschwerden**

**Fragestellung 18:** Besteht ein Unterschied zwischen der psychopharmakologischen Medikamenteneinnahme hinsichtlich der Veränderung der Gesamt-Symptombelastung (GSI) zwischen dem ersten (vor Therapiebeginn) und dem letzten Testzeitpunkt (nach mindestens acht Wochen) unter Konstanthaltung des Ausgangswertes?

**H<sub>0</sub> (18.1):** Es besteht kein Unterschied hinsichtlich der psychopharmakologischen Medikamenteneinnahme und hinsichtlich der Veränderung der Symptombelastung des globalen Kennwertes der psychischen Belastung (GSI) der SCL-90®-S zwischen den zwei Testzeitpunkten unter Konstanthaltung des Ausgangswertes.

**H<sub>1</sub> (18.2):** Es besteht ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der psychopharmakologischen Medikamenteneinnahme und hinsichtlich der Veränderung der Symptombelastung des globalen Kennwertes der psychischen Belastung (GSI) der SCL-90®-S zwischen den zwei Testzeitpunkten unter Konstanthaltung des Ausgangswertes.

**(19) Inanspruchnahme zusätzliches Angebot der PSD und Psychopathologie/  
Symptomatologie der körperlichen und psychischen Beschwerden**

**Fragestellung 19:** Besteht ein Unterschied zwischen der Inanspruchnahme zusätzlicher Dienste der PSD Burgenland hinsichtlich der Veränderung der Gesamt-Symptombelastung (GSI) zwischen dem ersten (vor Therapiebeginn) und dem letzten Testzeitpunkt (nach mindestens acht Wochen) unter Konstanthaltung des Ausgangswertes?

**H<sub>0</sub> (19.1):** Es besteht kein Unterschied hinsichtlich der Inanspruchnahme zusätzlicher Dienste der PSD Burgenland hinsichtlich der Veränderung der Symptombelastung des globalen Kennwertes der psychischen Belastung (GSI) der SCL-90®-S zwischen den zwei Testzeitpunkten unter Konstanthaltung des Ausgangswertes.

**H<sub>1</sub> (19.2):** Es besteht ein Unterschied hinsichtlich der Inanspruchnahme zusätzlicher Dienste der PSD Burgenland hinsichtlich der Veränderung der Symptombelastung des

globalen Kennwertes der psychischen Belastung (GSI) der SCL-90®-S zwischen den zwei Testzeitpunkten unter Konstanthaltung des Ausgangswertes.

„Unterschied hinsichtlich der Diagnose hinsichtlich der Veränderung der Gesamt-Symptombelastung (GSI)“ unter Konstanthaltung des Ausgangswertes, , die sekundären Outcomes darstellen.

## **(20) Diagnose und Psychopathologie/ Symptomatologie der körperlichen und psychischen Beschwerden**

**Fragestellung 20:** Besteht ein Unterschied zwischen der Diagnose hinsichtlich der Veränderung der Gesamt-Symptombelastung (GSI) zwischen dem ersten (vor Therapiebeginn) und dem letzten Testzeitpunkt (nach mindestens acht Wochen) unter Konstanthaltung des Ausgangswertes?

**H<sub>0</sub> (20.1):** Es besteht kein Unterschied hinsichtlich der Diagnose hinsichtlich der Veränderung der Symptombelastung des globalen Kennwertes der psychischen Belastung (GSI) der SCL-90®-S zwischen den zwei Testzeitpunkten unter Konstanthaltung des Ausgangswertes.

**H<sub>1</sub> (20.2):** Es besteht ein Unterschied hinsichtlich der Diagnose hinsichtlich der Veränderung der Symptombelastung des globalen Kennwertes der psychischen Belastung (GSI) der SCL-90®-S zwischen den zwei Testzeitpunkten unter Konstanthaltung des Ausgangswertes.

### 3.2 Explorative Fragestellungen

Den Proband:innen wurde auch ein eigens selbstkreierter Fragebogen zum Post-Test-Messzeitpunkt vorgelegt. Die ersten beiden Fragestellungen erheben noch Teile der soziodemographischen Daten, wohingegen die nachfolgenden 16 Fragestellungen darauf abzielen, einen Überblick darüber zu geben, wie wichtig (binäre Variablen) und in welcher Intensität (Likert-Skalen) einzelne Prädiktoren sind.

Beispielsweise sind folgende Prädiktoren untersucht worden:

- Glaube („Zuversicht“) an komplementärmedizinische Behandlungsmethoden in der Sozialpsychiatrie,
- die Zufriedenheit mit dem NADA-Protokoll,
- die Rolle der/des NADA:Therapeut:in,
- abwechselnde NADA-Therapie-Interventionen und
- das non-verbale Gruppensetting.

Auch Freitextfenster sind Teil des Fragebogens, um noch zusätzliche Informationen, beispielsweise inwiefern die Veränderung der Körperanspannung wahrgenommen wird, zu eruieren.

1. Nehmen Sie derzeit psychopharmakologische Medikamente ein?

ja	nein
----	------

2. Nehmen Sie derzeit neben der NADA-Therapie noch andere Leistungen des Psychosozialen Dienstes in Anspruch?

ja	nein
----	------

3. Glauben Sie an „alternative“ (ergänzende) Behandlungsmethoden (z.B. NADA-Therapie), neben den schulmedizinischen Behandlungsansätzen, in der Sozialpsychiatrie?

sehr viel	viel	mäßig	kaum	gar nicht
1	2	3	4	5

4. Wie zufrieden waren Sie mit der NADA-Therapie in den letzten Wochen?

sehr zufrieden	zufrieden	mäßig	kaum	gar nicht
1	2	3	4	5

5. Wie sehr haben Sie subjektiv empfunden von der NADA-Therapie profitiert?

sehr viel	viel	mäßig	kaum	gar nicht
1	2	3	4	5

6. Hat sich direkt vor und nach der NADA-Therapie ihr Stressempfinden verändert?

ja	nein
----	------

7. Hat sich direkt vor und nach der NADA-Therapie ihre Anspannung im Körper verändert?

ja	nein
----	------

8. Hat sich ihrer Meinung nach das Schlafverhalten verändert?

ja	nein
----	------

9. Glauben Sie, dass ein Unterschied zwischen der Behandlung mittels Nadeln und mittels Magnetpflastern besteht?

ja	nein
----	------

10. Bevorzugen Sie eine der beiden Möglichkeiten etwas mehr?

ja - Akupunkturnadeln	nein
ja - Magnetpflaster	

11. Nehmen Sie an beiden NADA-Therapievarianten (Nadel und Pflaster) teil oder wechseln Sie diese ab?

ja	nein
----	------

12. Ist es für Sie persönlich wichtig, welcher NADA-Therapeut:in bei Ihnen die Behandlung durchführt? Welche Rolle spielt für Sie der/die NADA-Therapeut:in?

ja	nein
----	------

Rolle:

sehr große	große	mäßige	kaum	gar keine
1	2	3	4	5

13. Welche Rolle spielt für Sie das Gruppensetting und das gemeinsame Schweigen innerhalb der Gruppe während der NADA-Therapie?

sehr große	große	mäßige	kaum	gar keine
1	2	3	4	5

14. Die NADA-Therapie ist non-verbal (= non-verbale (keine) Kommunikation). Kommt Ihnen so ein Gruppensetting entgegen?

ja	nein
----	------

15. Die NADA-Therapie ist non-verbal (= non-verbale (keine) Kommunikation). Der Fokus richtet sich auf das achtsame Hineinspüren. Spüren Sie etwas in ihrem Körper während der NADA- Therapie?

sehr viel	viel	mäßig	kaum	gar nicht
1	2	3	4	5

16. Wie wichtig ist es für Sie, dass der/die NADA-Therapeut:in nach dem Setzen der Akupunkturadeln bzw. Magnetpflaster im Behandlungsraum bleibt?

sehr wichtig	wichtig	mäßig	kaum	gar nicht
1	2	3	4	5

17. Wie wichtig ist es für Sie, im Anschluss der NADA-Behandlung den NADA-Tee zu trinken?

sehr wichtig	wichtig	mäßig	kaum	gar nicht
1	2	3	4	5

18. Würden Sie das komplementäre NADA-Protokoll weiterempfehlen?

ja	nein
----	------

## 4 Methodik

Im Kapitel 4.1 wird die Stichprobe näher beschrieben. Es werden die Teilnehmer:innen anhand der im Proband:innen-Fragebogen erhobenen soziodemographischen und spezifischen Merkmale dargestellt. Im Kapitel 4.2 werden die Rekrutierung der Proband:innen, die Aufklärung und die Einwilligung zur Studie näher beschrieben. Das Kapitel 4.3 befasst sich mit den Ein- und Ausschlusskriterien; im Kapitel 4.4 werden die datenschutzrechtlichen Richtlinien beschrieben und das Kapitel 4.5 stellt die eingesetzten Erhebungsinstrumente dieser Studie im Einzelnen (Siehe Kapitel 4.5.1; Kapitel 4.5.2 und Kapitel 4.5.3) dar. Das Kapitel 4.6 beschreibt das Untersuchungsdesign. Im Kapitel 4.7 wird auf die Datenanalyse und die statistischen Auswertungsverfahren eingegangen. Die darauffolgenden Kapiteln 4.7.1 und 4.7.2 gehen auf die angewendeten parametrischen und parameterfreien Verfahren ein. Die Überprüfung der Voraussetzungen zur Berechnung der Verfahren und deren Ergebnisse werden im Kapitel 4.7.3 dargestellt. Das Kapitel 4.7.4 beschreibt die Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse, für die in dieser Erhebung eingesetzten Erhebungsinstrumente.

### 4.1 Stichprobe - soziodemographische und spezifische Beschreibung

Für soziodemographische Einflüsse wurde das Geschlecht, das Alter und die Diagnose der Proband:innen erfasst. Von den insgesamt 55 Proband:innen, die zum Messzeitpunkt (T<sub>1</sub>) die ausgeteilten Fragebögen retournierten, schlossen 46 Proband:innen die NADA-Therapie-Interventionen (von mindestens acht mal oder mehr) mindestens einmal wöchentlich stattfindenden NADA-Therapie-Gruppen bis Dezember 2022 erfolgreich ab und es lagen insgesamt 46 komplette Datensätze der Erhebungsinstrumente vor. In die deskriptivstatistische Auswertung der Vergleichsstudie werden somit insgesamt 46 Personen (N= 46) einbezogen. Die Gründe der Dropouts bzw. Lost to follow-up lassen sich bei manchen Proband:innen durch das Antreten sozialpsychiatrischer Rehabilitationen, Umzug der/des Proband:in in ein anderes Bundesland und das Auftreten von Nebenwirkungen (Kopfschmerzen) und vorzeitigem Austritt erklären.

In der Verteilung der Geschlechter zeigt sich ein deutlicher Trend in der Inanspruchnahme komplementärer Therapieverfahren: 76% Frauen und 24% Männer (Siehe Abbildung 13). Keiner der Proband:innen gab an, divers geschlechtlich zu sein.

Der größte Anteil der untersuchten Proband:innen mit 33% sind 45 bis 54 Jahre, gefolgt von der Kategorie 55 bis 64 Jahre (28%) alt (Siehe Abbildung 14).

Die Neurotische Störung (F40-F48) ist mit einem Anteil von 52% die am häufigsten gestellte Diagnose, gefolgt von den Affektiven Störungen (F30-F39) mit 44% und einem 4% Anteil, der an einer psychischen und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen (F10-F19), leidet. Bei den Proband:innen die an mehreren psychischen Störungen sowie zusätzlichen Nebendiagnosen (Mehrfach-Diagnosen) wie beispielsweise Schlafstörungen leiden, wurde in dieser Arbeit nur die Hauptdiagnose berücksichtigt, um den Einfluss dieser besser überprüfen zu können.

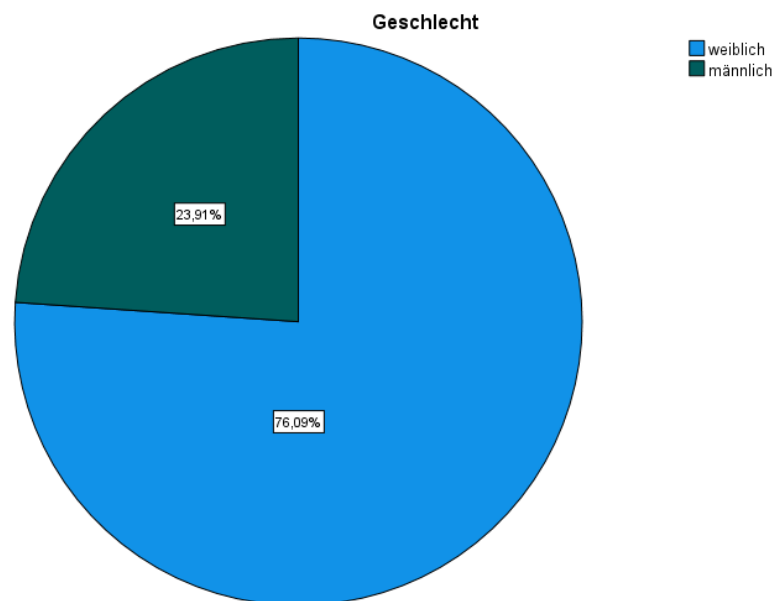


Abbildung 13: NADA-Studie: Geschlechtsverteilung

37% der Befragten haben sowohl an den NADA-Ohrakupunktur- als auch Ohrakupressur-Gruppen teilgenommen. 61% geben hiervon an, dass sie keinen Unterschied zwischen den beiden Interventionen wahrnehmen, 48% davon angeben, dass sie die NADA-Ohrakupressur bevorzugen, 22% bevorzugen keine der beiden Methoden (Siehe Abbildung 15). Insgesamt nehmen 54% von den befragten Personen ein

zusätzliches Angebot des PSD Burgenland, wie beispielsweise eine fachärztlich-psychiatrische, eine klinisch-psychologische Behandlung, eine sozialarbeiterische Betreuung in Anspruch. 46% der befragten Personen nehmen an keinem zusätzlichem Behandlungs- und Therapieangebot der PSD Burgenland teil.

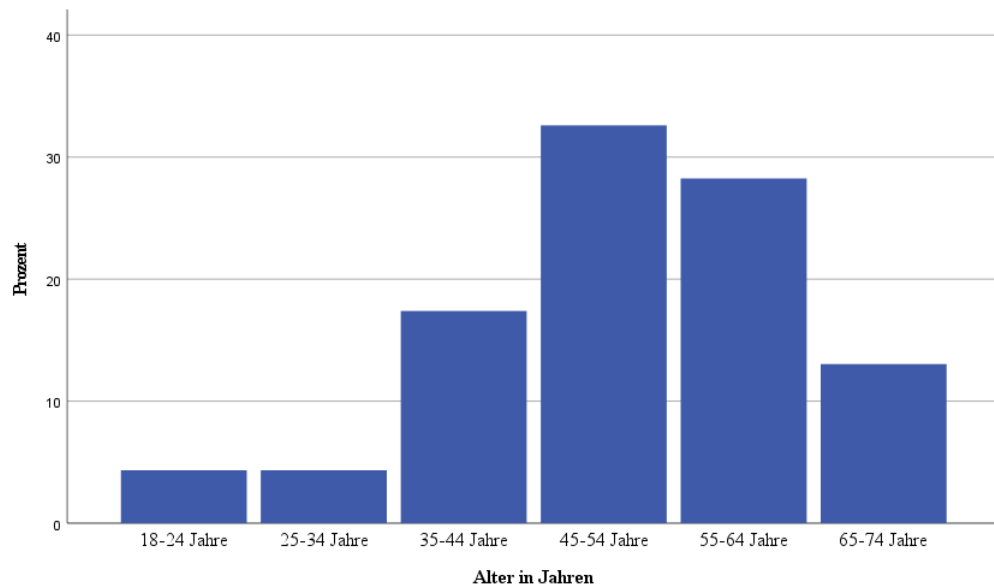


Abbildung 14: NADA-Studie: Alter in Jahren

Es geben 61% der befragten Personen an, eine psychopharmakologische Medikation einzunehmen, 39% keine Psychopharmaka einnehmen. Die befragten Personen geben mit 76% an, dass sie mit dem komplementären NADA-Protokoll sehr zufrieden sind, 22% sind zufrieden und 2% geben an, dass sie nur mäßig zufrieden sind. Nach Beendigung der mindestens achtmal oder mehrmals wöchentlichen durchgeführten NADA-Therapie-Interventionen, geben 56% an sehr viel, 33% viel und 11% mäßig vom komplementären NADA-Protokoll profitiert zu haben.

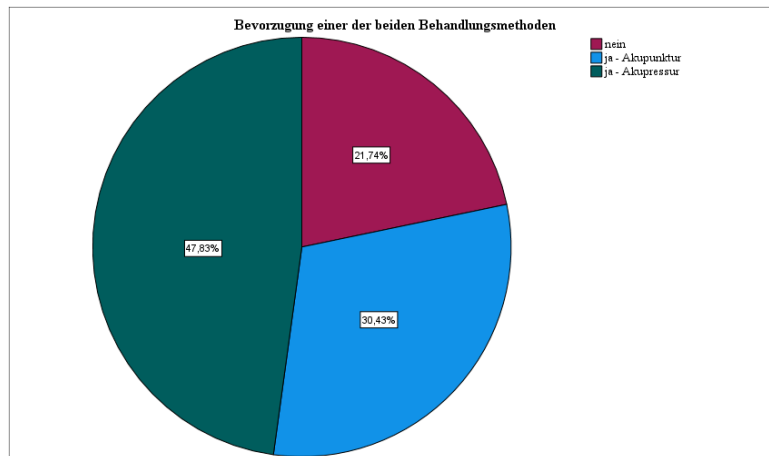


Abbildung 15: Ohrakupunktur versus Ohrakupressur

Fragen nach der subjektiv empfundenen Veränderung des Stressempfindens (vor und nach der NADA-Therapie-Intervention), geben 87% im Vergleich zu 23% der befragten Personen an, eine wesentliche Veränderung des Stressempfindens wahrgenommen zu haben (Siehe Abbildung 16). Die körperliche Anspannung hat sich vor und unmittelbar nach der NADA-Therapie bei 89% im Vergleich zu 11% deutlich reduziert (Siehe Abbildung 17).

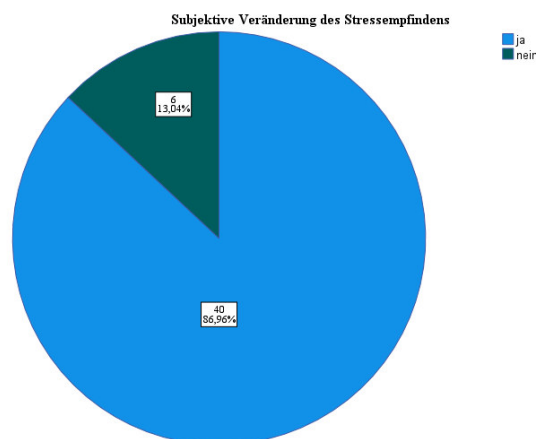


Abbildung 16: Veränderung des Stressempfindens

59% der Befragten an, dass sie sehr viel, 32% viel und 9% mäßig von komplementären Behandlungsansätzen in der sozialpsychiatrischen Behandlung halten und diesen gegenüber zuversichtlich gestimmt sind. Eine subjektiv empfundene Verbesserung des Schlafverhaltens wird mit 59% angegeben. Für 72% der Befragten spielt

dieselbe/derselbe behandelnde NADA-Therapeutin eine wesentliche Rolle (Siehe Abbildung 18).

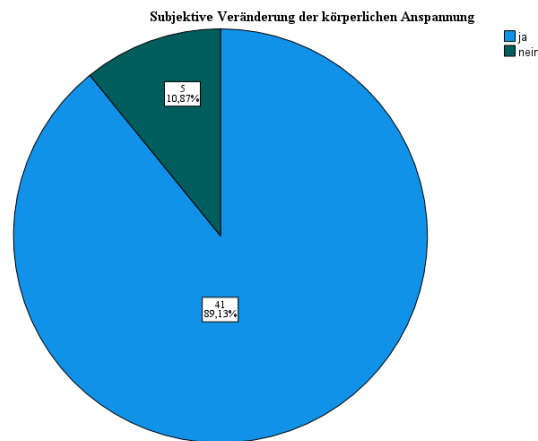


Abbildung 17: Veränderung der körperlichen Anspannung

Zudem ist die Anwesenheit der/des NADA-Therapeut:in im Gruppenraum wichtig (Siehe Abbildung 19). Das non-verbale Gruppensetting und das gemeinsame Schweigen wird mit 65% einer sehr großen, mit 20% eine großen, mit 9% eine mäßigen, mit 2% kaum einer und mit 4% gar keiner Rolle zugesprochen.

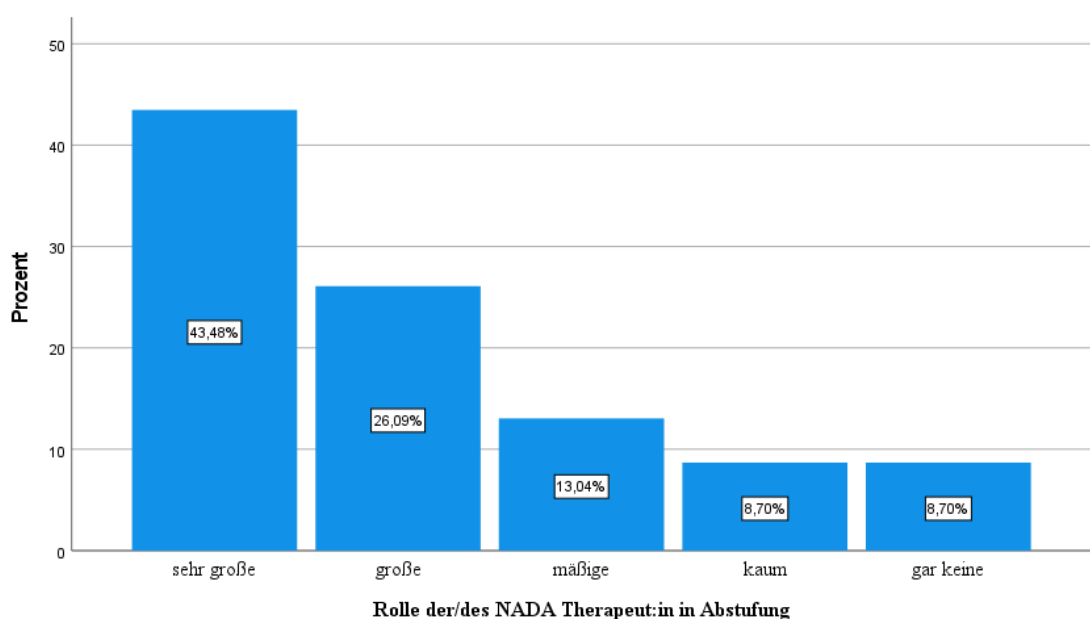


Abbildung 18: NADA-Studie: Rolle der/des NADA-Therapeut:in

28% gaben an, dass sie während des non-verbalen Gruppensettings und dem gemeinsamen Sitzen achtsam mit sich waren und körperlich viel verspürten. 41% der Befragten verspürten körperlich viel, 9% gaben an, kaum etwas körperlich wahrgenommen zu haben.

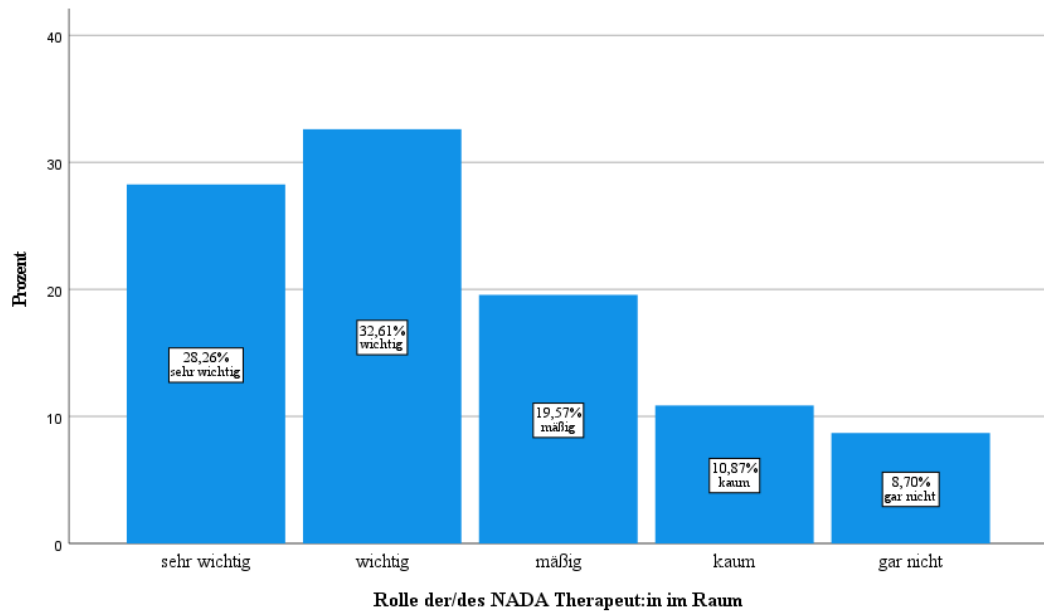


Abbildung 19: NADA-Studie: Anwesenheit NADA-Therapeut:in im Gruppenraum

Das Behandlungsende des standardisierten, komplementären NADA-Protokolls und der damit verbundene Genuss des NADA-Tees, wurde als sehr wichtiger Faktor angegeben (Siehe Abbildung 20).

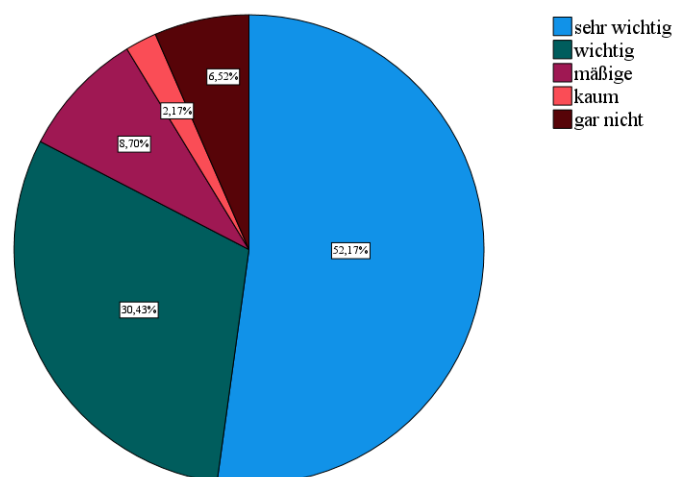


Abbildung 20: NADA-Studie: Rolle des NADA-Tees

## 4.2 Rekrutierung der Proband:innen, Aufklärung und Einwilligung

Interessierte Proband:innen wurden von der/den jeweiligen NADA-Therapeut:innen der Beratungs- und Behandlungsstandorte bzw. des Sozialpsychiatrischen Ambulatoriums vor Einschluss in die Studie ausführlich über den Prä-Post-Test-Designstudienablauf und die Studienziele aufgeklärt. Die Rekrutierung der Proband:innen für die NADA-Studie fand im Zeitraum von August 2022 bis einschließlich 07.11.2022 statt. Innerhalb dieses definierten Untersuchungszeitraumes wurden alle weiblichen, männlichen und/oder divers geschlechtlichen Patient:innen, diagnoseunspezifisch, im Alter von 18 bis 75 Jahren, die freiwillig am wöchentlich mindestens einmal stattfindenden komplementären NADA-Protokoll-Gruppensetting teilnehmen wollten, in die Studie aufgenommen. Alle Proband:innen erhielten vor/bei Aufnahme ein allgemeines Informationsgespräch durch die/den NADA-Therapeut:in und ein Informationsblatt (Anhang A) über das komplementäre NADA-Protokoll und konnten etwaige offene Fragen zum Behandlungsprocedere stellen. Die Proband:innen entschieden sich freiwillig zur Teilnahme und unterschrieben die allgemeine Einverständniserklärung (Anhang B) vor Beginn der NADA-Therapie und willigten somit zur Studienteilnahme zu (Anhang C). Die Teilnahme an der Studie konnte zu jedem Zeitpunkt ohne Angaben von Gründen widerrufen werden. Grundsätzlich fanden die NADA-Therapie-Interventionen im Gruppensetting und in einem Ausnahmefall im Einzelsetting statt.

## 4.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Die Proband:innen der NADA-Untersuchungsstudie mussten eine Einwilligungserklärung unterschreiben (Siehe Anhang C). Als Ausschlusskriterien galten akut psychotisch-wahnhaftes Störungsbild, akute Eigen- und/oder Fremdgefährdungstendenzen (Suizidalität), schwere psychiatrische Erkrankungen mit deutlicher Störung der kognitiven Fähigkeiten und akute Rückfälle von Substanzabhängigkeiten.

## 4.4 Datenschutz

Aus Datenschutzgründen wurde jeder/m einzelner/n Teilnehmer:in, welche/r in die Studie mitaufgenommen wurde, eine spezielle Codierung aus Buchstaben und Ziffern

zugeordnet, unter der die erhobenen Daten abgespeichert wurden. Die Auswertung erfolgte mittels computergestützten Auswertungsprogramm und in Papier-Bleistift-Form (Siehe Kapitel 4.5). Bei einer Veröffentlichung der Ergebnisse dieser Arbeit erfolgt diese in verschlüsselter Form ohne Preisgabe der relevanten soziodemographischen Daten, wie Name, Alter, Diagnose, etc. durch das Bilden von Kategorie-Klassifikationen, die keinerlei Rückschlüsse auf die/den einzelnen Teilnehmer:in ziehen lassen. Der Zugang zu diesen Daten ist ausschließlich auf die Autorin der Diplomarbeit beschränkt, wobei alle datenschutzrechtlich relevanten Angelegenheiten vorab mit dem dafür zuständigen Datenschutzbeauftragten der Firma Xtention, der Geschäftsführung der SDB und den chefärztlichen Leitungen besprochen wurden und das Einverständnis zur Durchführung gegeben wurde. Als soziale und medizinische Gesundheitseinrichtung ist der Psychosoziale Dienst Burgenland zum Datenschutz und zur Schweigepflicht (Ärztegesetz, Psychologengesetz) verpflichtet. Die erhobenen Studiendaten werden von der Autorin der Diplomarbeit 10 Jahre archiviert.

#### 4.5 Erhebungsinstrumente

In diesem Kapitel werden die verwendeten Messinstrumente dargestellt. Zur Erhebung der körperlichen und psychischen Belastungen, deren Gesamtindexe und spezifischen Subskalen der Symptom-Checkliste (SCL-90®) (Siehe Kapitel 4.5.1) wurde das computergestützte Darbietungs- und Auswertungsprogramm Hogrefe (<https://www.hogrefe-online.com/HTSEnvironment/main>) via Datenschnelleingabe eingesetzt, da die Auswertung per Hand eine Fehlerquelle darstellt, die nicht unterschätzt werden sollte (Weise, 1994). Als Standard ist die revidierte Form der Symptom-Checklist-90®-S zum Einsatz gekommen. Zur Ermittlung der subjektiven Wahrnehmung des Stressniveaus bzw. des Stressempfindens ist die Perceived-Stress-Scale (PSS-10) (Siehe Kapitel 4.5.2) und zur Erfassung des Ausmaßes der Affektivität (depressive Symptomausprägung) die Allgemeine Depressionsskala (Siehe Kapitel 4.5.3) in Langform (ADS-L) zum Einsatz gekommen. Hierbei sind Papier-Bleistift-Tests, bei denen die Fragen auf Papier vorgegeben werden und die Bearbeitung mit (Blei-)Stift erfolgt, vorgelegt und per Hand ausgewertet worden.

#### 4.5.1 Symptom-Checkliste (SCL-90®)

Zur Erfassung von subjektiv empfundenen Beeinträchtigungen durch körperliche und psychische Beschwerden (Symptomatologie) wird als klinisch-psychologisches Verfahren die Symptom-Checkliste (SCL-90®) vorgesetzt (Derogatis, 1977). Die SCL-90® ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, um Effekte psychotherapeutischer und/ oder psychopharmakologischer Interventionen zu erfassen (Franke, 2001; 2002; 2014) und wird mittlerweile in einem breiten Spektrum klinischer Forschung sowohl als Screening, als auch Outcome-Instrument genutzt (Franke, 2001; 2002; 2014). Es ist eine mehrdimensionale Auswertung und Messwiederholung möglich. Die gültige Fassung dieses Selbstbeurteilungsinstrument erfragt in einer fünfstufigen Likert-Skala (Wertebereich 0-4) in welchem Ausmaß die Symptombelastungen auf neun Skalen (Siehe Tabelle 8) ausgeprägt sind und berücksichtigt einen Beurteilungszeitraum von sieben Tagen. Die drei globalen Kennwerte – grundsätzliche psychische Belastung (GSI: *global severity index*), Intensität der Antworten (PSDI: *positive symptom distress index*), Anzahl der Symptome mit Belastung (PST: *positive symptom total*) – zeigen zusammengefasst das Antwortverhalten über alle Items und erlauben eine Aussage über die Gesamt-Symptombelastung einer Person.

Tabelle 8: Darstellung der neun Skalen der Symptom-Checklist (SCL-90®-S)

Skala	Name	Beschreibung
1	Somatisierung (SOMAT)	Einfache körperliche Belastung bis hin zu funktionellen Störungen (Itemanzahl: 12) (Items: 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58)
2	Zwanghaftigkeit (ZWANG)	Leichte Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis hin zu ausgeprägter Zwanghaftigkeit (Itemanzahl: 10) (Items: 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65)
3	Unsicherheit im Sozialkontakt (UNSI)	Leichte soziale Unsicherheit bis hin zum Gefühl völliger persönlicher Unzulänglichkeit (Itemanzahl:9)

		(Items: 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73)
4	Depressivität (DEPR)	Traurigkeit bis hin zur schweren Depression (Itemanzahl: 13) (Items: 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79)
5	Ängstlichkeit (ANGST)	Körperliche spürbare Nervosität bis hin zu tiefer Angst (Itemanzahl: 10) (Items: 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86)
6	Aggressivität/ Feindseligkeit (AGGR)	Reizbarkeit und Unausgeglichenheit bis hin zu starker Aggressivität mit feindseligen Aspekten (Itemanzahl: 6) (Items: 11, 24, 63, 67, 74, 81)
7	Phobische Angst (PHOB)	Leichtes Gefühl von Bedrohung bis hin zur massiven phobischen Angst (Itemanzahl: 7) (Items: 13, 25, 47, 50, 70, 75, 82)
8	Paranoides Denken (PARA)	Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühle bis hin zu starkem paranoidem Denken (Itemanzahl: 6) (Items: 8, 18, 43, 68, 76, 83)
9	Psychotizismus (PSYCH)	Mildes Gefühl der Isolation und Entfremdung bis hin zur dramatischen Evidenz psychotischer Episoden (Itemanzahl: 10) (Items: 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90)
	Zusatzitems	keine zugeordneten Items zu einer Skala: Fragen nach schlechtem Appetit, Einschlafschwierigkeiten, Gedanken an den Tod und ans Sterben, nach dem Drang, sich zu überessen, nach frühem Erwachen am Morgen, nach unruhigem oder gestörtem Schlaf und nach Schuldgefühlen (Itemanzahl: 7) (Items: 19, 44, 59, 60, 64, 66, 89)

	Global Severity Index (GSI)	Itemanzahl: 90 (Items: alle)
--	--------------------------------	---------------------------------

In Anbetracht der Gütekriterien wird die Reliabilität, anhand der internen Konsistenz (Cronbach's Alpha) in den einzelnen Skalen mit den Werten  $\alpha = .51$  bis  $\alpha = .83$  bzw.  $\alpha = .61$  bis  $\alpha = .84$  (in gesunden Stichproben) und den Werten  $\alpha = .79$  bis  $\alpha = .89$  (in klinischen Stichproben), als gut bewertet. Die interne Konsistenz für den Globalen Kennwert (GSI) von  $\alpha = .94$  bzw.  $\alpha = .97$  (in gesunden Stichproben) und  $\alpha = .97$  bzw.  $\alpha = .98$  (in klinischen Stichproben) ist ausnehmend hoch. Die Retest-Reliabilität wird mit  $r = .69$  bis  $r = .92$  (in der gesunden Stichprobe) und  $r = .78$  bis  $r = .90$  (in einer klinischen Stichprobe) als gut eingestuft. Somit eignet sich die SCL-90® auch für Messwiederholungen. Die SCL-90® verfügt über eine Normierung nach Geschlecht, Alter und Bildung. Eine Transformation der Rohwerte in T-Werte ermöglicht Aussagen über den Durchschnittsbereich der Population (Franke, 1995; 2001). Per Definition sind T-Werte zwischen 40 bis 60 im Normbereich; T-Werte  $\geq 60$  weisen auf eine deutlich messbare psychische Belastung und T-Werte  $\geq 70$  auf eine messbare hohe bis sehr hohe psychische Belastung hin (Franke, 2001; 2002). Die Auswertung per Hand stellt eine nicht zu unterschätzende Fehlerquelle dar, weshalb diese PC-unterstützt vorgenommen werden sollte (Weise, 1994). In dieser Untersuchung fand die SCL-90®-S des computergestützten HOGREFE Testsystems Anwendung.

#### 4.5.2 Perceived Stress Scale (PSS)

Zur Erfassung der subjektiven Wahrnehmung und Verarbeitung von Stress und Belastungssituationen im Alltag, die Stress hervorrufen können, wurde die Perceived Stress Scale (PSS) nach Cohen, Kamarck & Mermelstein (1983) eingesetzt. Die Originalfassung dieses Selbstbeurteilungsinstrument erfragt in einer fünfstufigen Likert Skala (Wertebereich 0-4) in welchem Ausmaß das Stresslevel im Alltag einer Person, als „stressig“ bzw. unvorhersehbar, unkontrolliert und überfordernd wahrgenommen wurde und gilt weltweit als nützliches psychologisches Testinstrument zur Messung bzw. Quantifizierung der subjektiven Stresswahrnehmung. Laut Autor:innen Cohen et al.

(1983) ist „Stress“ ein wesentlicher Bestandteil bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen und/ oder physischen Krankheiten. Die PSS erfasst mittels 14 oder 10 Items, wie oft man sich in bestimmten Lebenssituationen gestresst, sich in gewissen external bedingten Anforderungen des Lebens überfordert fühlt und wie oft man die Kontrolle über Ärgernisse im Leben behalten hat und berücksichtigt den Beurteilungszeitraum der letzten vier Wochen. Durch die Selbsteinschätzung von Personen kann das Ausmaß des Stresserlebens objektiviert und beurteilt werden. Die PSS ist kein diagnostisches Instrument, eignet sich aber für klinische Datenerhebungen zum Thema „Stresserleben“ bei Personen ab 12 Jahren mit 14 bzw. 10 Fragen (Kechter et al., 2019; Gonzalez-Ramirez, Rodriguez-Ayan & Hernandez, 2013, Remor, 2006), wobei die Autor:innen Cohen & Williamson (1988) in einer Vergleichsstudie nachwies, dass die PSS-10 die besten Gütekriterien aufwies. Durch den Einsatz der PSS-10 wird ein Wert zwischen 0 und 40 Punkten ermittelt. Durch den Einsatz der PSS wird nach Invertierung der vier inversen Items (4, 5, 7 und 8) ein Summen-Gesamtscore (höhere Werte deuten auf eine höhere Stressbelastung hin) gebildet. Der Gesamtscore lässt einen Vergleich des erlebten Stressempfindens, vor und nach Therapiebeginn, zu, wobei einer Studie der Autor:innen Costa et al. (2021) zufolge, das Stresslevel in Abhängigkeit von verschiedenen Cut-off Werten in vier Kategorien abgebildet werden können (Werte zwischen 0–10 deuten auf unterdurchschnittliche, Werte zwischen 11–14 auf ein durchschnittliches, Werte zwischen 15–18 auf ein mittelhohes und Werte  $\geq 19$  auf eine hohe Stressbelastung hin). In Anbetracht der Gütekriterien der PSS wird die Reliabilität, anhand der internen Konsistenz (Cronbach's Alpha) mit einem Wert von  $\alpha = .78$  angeführt, was auf ein valides Testinstrument schließen lässt (Cohen & Williamson, 1988). Die deutsche Version der PSS-10 ist ebenso als valide zu bezeichnen (Klein, et al., 2016; Schneider, Schönfelder, Domke-Wolf & Wessa, 2020).

#### 4.5.3 Allgemeine Depressionsskala (ADS)

Zur Erfassung einer Depressionssymptomatik wurde die Allgemeine Depressionsskala (ADS) nach Hautzinger und Bailer (1993) eingesetzt. Bei der ADS handelt es sich um die verbreitetste deutsche Fassung der von Radloff (1977) entwickelten Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D Skala). Dieses Selbstbeurteilungsinstrument erfragt emotionale, motivationale, kognitive, somatische

und motorische Symptome, wie das Vorhandensein und die Dauer der Beeinträchtigung von depressiven Affekten, die körperlichen Beschwerden, negative Denkmuster und motorische Hemmungen. Die Merkmale einer depressiven Symptomatik bestehen unter anderem aus Antriebslosigkeit, Erschöpfung, Niedergeschlagenheit, Traurigkeit, Weinen, Hoffnungslosigkeit, Verunsicherung, Angst, Selbstabwertung, Einsamkeit und sozialem Rückzug. Die Langform der ADS (ADS-L) wird mittels 20 Items erfasst und erfragt den Beurteilungszeitraum der letzten sieben Tage. Durch den Einsatz der umfassenden Langform wird nach Invertierung der vier inversen Items (4, 8, 12 und 16) ein Summenwert zwischen 0 und 60 Punkten ermittelt, wobei insgesamt ein Ergebnis von Cut-Off-Wert von  $\geq 23$  Punkte auf eine depressive Störung hinweist. Die Interpretation des ADS-Summen-Gesamtscores erlaubt eine Aussage über eine derzeit bestehende depressive Symptomatik und die vorhandene Depressionstiefe. Die ADS eignet sich für Personen zwischen 14 und 80 Jahren und kann entweder einzeln oder in Gruppen bei klinischen sowie nicht-klinischen Stichproben aus dem psychiatrischen und psychosomatischen Bereich eingesetzt werden. Des Weiteren findet die ADS auch Einsatz als Screeninginstrument, bei epidemiologischen Untersuchungen, bei der Eingangs- und Verlaufsdagnostik, bei der Veränderungsmessung und bei Therapieevaluierungen. In Anbetracht der Gütekriterien der ADS-L wird die Reliabilität, anhand der internen Konsistenz (Cronbach's Alpha) in den einzelnen Skalen mit den Werten  $\alpha = .89$  bis  $\alpha = .93$  (in gesunden und klinischen Stichproben) als gut bewertet. Die Testhalbierungs-Reliabilitätswerte (Split-Half-Reliabilität) mit Cronbachs  $\alpha$  zwischen den Werten  $\alpha = .77$  bis  $\alpha = .92$ . Die Retest-Reliabilität (zwei bis acht Wochen) wird mit  $r = .51$  bis  $r = .67$  angegeben. Die inhaltliche Validität ist durch die Anlehnung an das Diagnosesystem der ICD-10 gegeben. Korrelationen der ADS mit anderen Verfahren, wie der Befindlichkeitsskala (Bf-S), der Hamilton Depressionsskala (HAMD) und dem Beck Depressioninventar (BDI), erreichen Werte zwischen  $r = .72$  und  $r = .94$  und weisen somit auf eine hohe Validität hin. (Hauzinger & Bailer, 1993).

#### 4.6 Untersuchungsdesign

Bei der vorliegenden quasiexperimentellen Untersuchungsstudie wurde in einem klassischen Prä-Post-Test-Design eine Gruppe (eine Stichprobe) hinsichtlich Signifikanzunterschieden unterschiedlicher Prädiktorvariablen zu zwei Messzeitpunkten

untersucht. Es wird ein Vergleich zweier Stichprobenmittelwerte zwischen zwei Messzeitpunkten ( $T_1$  und  $T_2$ ) hinsichtlich mehrerer metrischer Variablen gezogen. Da es sich um eine Messwiederholung (zwei Messungen) bei einer Stichprobe handelt, spricht man von einer abhängigen (verbundenen) Stichprobe (Bortz & Döring, 2003).

Die Studie wurde im Zeitraum von August bis Ende Dezember 2022 an drei Beratungs- und Behandlungsstandorten (Jennersdorf, Güssing, Oberwart) und dem Sozialpsychiatrischen Ambulatorium Mattersburg der PSD Burgenland durchgeführt. Die soziodemographische und spezifische Stichprobenbeschreibung erfolgt im Kapitel 5.1. Die Rekrutierung der Proband:innen, die Aufklärung sowie Einwilligung wird im Kapitel 5.2 näher ausgeführt. Auf die Ein- und Ausschlusskriterien wird im Kapitel 5.3 eingegangen und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind im Kapitel 5.4 beschrieben. Die eingesetzten Fragebögen werden im Kapitel 5.5 angeführt.

Bei den Proband:innen wurden zu Beginn der NADA-Therapie (1. Testzeitpunkt;  $T_1$ ) und mindestens nach achtmal oder mehr infolge von mindestens einmal wöchentlich oder mehr durchgeführten NADA-Therapie-Interventionen (2. Testzeitpunkt;  $T_2$ ), mittels Ohrakupunktur und/ oder Ohrakupressur, insgesamt drei Erhebungsinstrumente (Fragebögen) eingesetzt, die in den Kapiteln 5.5.1, 5.5.2 und 5.5.3 ausführlicher beschrieben werden. Alle eingehenden Fragebögen wurden nach dem Ausfüllen auf ihre Vollständigkeit überprüft und gegebenenfalls zur Nachtragung an den/die Proband:innen zurückgegeben, sodass die Anzahl fehlender Daten in der vorliegenden Studie null Prozent beträgt. Zum Einsatz kamen jene Fragebögen, die sich hinsichtlich ihrer Gütekriterien zur Verlaufsdagnostik und ihrer erhobenen Parameter gut eignen und damit eine bestmögliche Vergleichbarkeit untereinander gewährleisten. Zur Bestimmung des Cronbach's Alpha ( $\alpha$ ) der in dieser Masterthesis eingesetzten drei Erhebungsinstrumente wurde auch die Reliabilitätsanalyse (Siehe Kapitel 4.7.4) anhand dieser Stichprobe berechnet. Den Proband:innen wurde zudem am Ende der Behandlung (mindestens nach acht Wochen oder mehr) ein selbst entworfener Fragebogen vorgelegt (Siehe Anhang D). Bei diesem Post-Test-Fragebogen handelt es sich naturgemäß um eine subjektive Einschätzung der befragten Proband:innen. Dieser beinhaltete beispielsweise Fragen nach dem Beitrag der NADA-Therapie (Ohrakupunktur und Ohrakupressur) im

Rahmen der PSD Burgenland zur Behandlung insgesamt, nach der Wirkung (Profit), nach der Zufriedenheit, nach der Rolle der/des NADA-Therapeut:in, nach der Rolle des non-verbalen Gruppensettings, nach dem Glauben („Zuversicht“) an Komplementärmedizin etc., und ob die Proband:innen das komplementäre NADA-Protokoll im Rahmen der PSD Burgenland weiter empfehlen würden. Zur Erfassung der Prädiktoren wurden u.a. dichotome (binäre) Variablen (ja/nein) verwendet und die Intensität nach Likert-Skalen erhoben. Ebenso hatten die befragten Teilnehmer:innen die Möglichkeit in freien Textfenstern alles mitzuteilen, was im Fragebogen nicht zur Sprache kam, aber persönlich von Relevanz erschien.

#### 4.7 Datenanalyse und Statistische Auswertungsverfahren

Die Datenanalyse sowie Auswertung wurde mittels SPSS, Version 27 (IBM Corp., 2020) durchgeführt. Die deskriptive Statistik beschreibt die soziodemographischen Merkmale der hier erhobenen, nicht repräsentativen Stichprobe. Es wurden t-Tests für abhängige Stichproben gerechnet, um mögliche signifikante Unterschiede zwischen zweier Stichprobenmittelwerte einer Variable, die an derselben Stichprobe zu zwei verschiedenen Zeitpunkten erhoben werden, zu eruieren. Die  $p$ -Werte (2-seitig)  $< .05$  wurden als statistisch signifikant angesehen. Zur Klassifikation und Berechnung der Effektstärke bei abhängigen Stichproben geben Bortz & Döring (2003, S. 604) sensu Cohen (1988) einen Überblick, worin Cohens'  $d = 0.20$  als kleiner, Cohens'  $d = 0.50$  als mittlerer und Cohens'  $d \geq .80$  als großer Effekt bezeichnet werden. Zur Berechnung der Effektstärke wurde die Hedges Korrektur (Hedges  $g$ ) herangezogen, um mögliche kleine ( $g = 0.2-0.5$ ), mittlere ( $g = 0.5-0.8$ ) oder große Effekte ( $g \geq 0.8$ ) nachweisen zu können (Cohen, 1988). Zur Ermittlung von möglichen signifikanten Unterschieden der unabhängigen Variablen auf die abhängigen Variablen unter Konstanthaltung des Ausgangswert, wurden Varianzanalysen gerechnet. Die Ergebnisse sind im Kapitel 6 angeführt.

#### 4.7.1 Parametrische Verfahren

##### **t-Test für abhängige Stichproben (abhängiger Stichprobentest oder Paarvergleichstest)**

Dieses statistische Verfahren dient der Überprüfung des Unterschiedes zweier Stichprobenmittelwerte einer Variable, die an derselben Stichprobe zu zwei verschiedenen Zeitpunkten erhoben werden. Der t-Test berechnet die Differenzen zwischen den Werten der zwei Variablen. Als Voraussetzungen gelten, dass die Stichprobe gleicher Grundgesamtheit als metrisches (intervallskaliertes) Skalenniveau vorliegt und die Normalverteilung der Differenzen ( $d_i$ ) gegeben ist (Bortz & Döring, 2006; Bortz, 2005).

##### **Kovarianzanalyse (Analysis of Covariance - ANCOVA)**

Dieses statistische Verfahren kombiniert eine Varianzanalyse mit einer Regressionsanalyse und untersucht die Wirkung einer (oder mehrerer) unabhängiger Variablen auf eine (oder mehrere) abhängige Variablen (Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2008). Mit Hilfe der Kovarianzanalyse wird aus der abhängigen Variablen ( $y$ ) eine Kontrollvariable ( $x$ ) – die einen sehr wahrscheinlichen Einfluss auf die abhängige Variable hat – herauspartialisiert (Bortz, 2005) und die Beeinflussung der abhängigen Variablen kann somit durch personengebundene Störvariablen auf rechnerischem Wege kontrolliert werden (Bortz & Döring, 2003; 2006). Als Voraussetzungen gelten, dass die Kovariate über die Gruppen hinweg ähnlich/ homogen ist (nahezu gleiche Varianzen) und dass die Homogenität der Regressionssteigungen („Homogeneity of regression slopes“) gegeben ist (Bortz & Döring, 2003; 2006).

##### **Levene-Test für Varianzhomogenität**

Beim Levene-Test werden die Varianzen für alle abhängigen Variablen über alle Kombinationen von Faktorstufen der Zwischensubjektfaktoren auf Homogenität überprüft. Dieser stellt einen zuverlässigen Test auf Varianzgleichheit für jede abhängige Variable dar. Die Homogenitätsannahme der Varianz ist erfüllt, wenn der  $p$ -Wert für den Leven-Test größer als .05 ist (Bortz & Döring, 2003; 2006).

#### 4.7.2 Parameterfreie Verfahren

##### **Effektstärke**

Die Effektstärke oder Effektgröße ist ein wichtiges statistisches Maß, das die relative Größe eines Effekts angibt und normiert die Unterschiede zwischen den Gruppen auf die Streuung der Testwerte (Bortz & Döring, 2003; 2006). Die Berechnung der Effektgröße der Kovarianzanalyse erfolgt anhand des in SPSS ausgegebenen  $\eta^2$  (Eta-Quadrat). Der Schätzer der Effektgröße in SPSS liefert einen partiellen  $\eta^2$ -Wert für jeden Effekt und jede Parameterschätzung (Bortz & Döring, 2003; 2006). Neben den Signifikanzüberprüfungen in dieser Masterthesis wird Hedges  $g$ , als korrigierte Effektgröße, angeführt, um Aussagen über die praktische Relevanz von Unterschieden treffen zu können.

#### 4.7.3 Überprüfung der Voraussetzung zur Berechnung der statistischen Verfahren

In diesem Kapitel wird auf die Voraussetzungen zur Berechnung eines t-Tests für eine abhängige Stichprobe, sowie auf die Voraussetzungen zur Berechnung von einer Kovarianzanalyse näher eingegangen und die Ergebnisse dieser in diesem Kapitel angeführt. Die Ergebnisse der Berechnungen der statistischen Verfahren sind im Kapitel 6 angeführt.

##### (1) Überprüfung der Voraussetzung zur Berechnung eines t-test für eine abhängige Stichprobe

Bevor die unabhängigen Variablen (Messinstrumente) in einem Prä-Post-Test-Untersuchungsdesign hinsichtlich signifikanter Unterschiede mit einem t-Test für eine abhängige Stichprobe (N=46) berechnet werden können, erfolgt vorab die Überprüfung des Skalenniveaus, die Testung auf Normalverteilung aller vier Variablen, indem die Differenzen ( $d_i$ ) dieser gebildet werden und mit Hilfe des Kolmogorov-Smirnov-Test auf mögliche Signifikanzen getestet werden.

- Annahme der Intervallskalierung: Von der Intervallskalierung der Daten kann bei dem Affektivitätstest ADS-L, der PSS und dem Persönlichkeitsfragebögen SCL-90®-S ausgegangen werden. Zur Bildung des Summen-Scores wird ein ungewichteter additiver Index gebildet; diese Skalierung erfüllt die messtheoretische Voraussetzung für eine Intervallskalierung. Als weitere Begründung kann die Repräsentation gleicher Merkmalsunterschiede der Äquidistanz bei den Zahlendifferenzen angeführt werden (Bortz & Döring, 2006).
- Annahme der Normalverteilung und Kolmogorov-Smirnov-Test: (K-S-Test): Auch als „Ein-Stichproben-Test“ bekannt, wird die Normalität auf der maximalen Differenz zwischen der kumulativen Verteilung der Stichprobe und der kumulativen hypothetischen Verteilung verglichen. In anderen Worten wird mittels  $\chi^2$ -verteilter Prüfgröße getestet, ob die Beobachtung wahrscheinlich aus einer Normalverteilung stammt; ein Verteilungstyp mit charakteristischer Glockenform ist die Normalverteilung und wird bei kleinen Stichproben ( $N < 30$ ) mittels K-S-Test überprüft (Bortz & Döring, 2006). Durch den zentralen Grenzwertsatz ( $N > 30$ ) wird grundlegend die Normalverteilung angenommen (Lange & Mosler, 2017).
- Testen auf Normalverteilung:

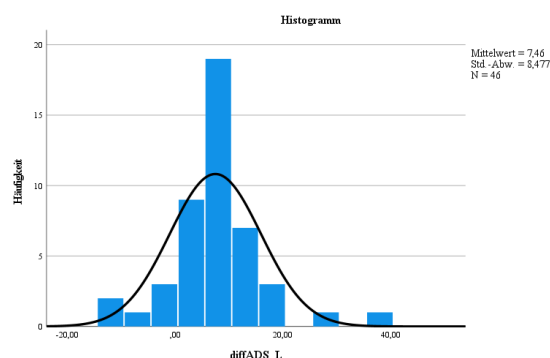


Abbildung 21: Histogramm der Differenzen der Allgemeinen Depressionsskala (ADS)

Das Histogramm der Differenz ( $T_{ADS\_L\_1} - T_{ADS\_L\_2}$ ) ist zwar als nicht lupenrein zu beschreiben, der Kolmogorov-Smirnov-Test weist aber noch eine akzeptable Anpassung an die Normalverteilung auf (Siehe Tabelle 9).

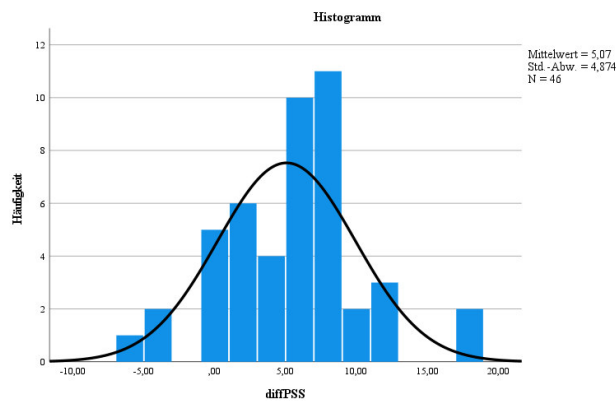


Abbildung 22: Histogramm der Differenzen der Perceived Stress Scale 10 (PSS-10)

Das Histogramm der Differenz ( $T_{PSS_1} - T_{PSS_2}$ ) ist zwar als nicht lupenrein zu beschreiben, der Kolmogorov-Smirnov-Test weist aber noch eine akzeptable Anpassung an die Normalverteilung auf (Siehe Tabelle 9).

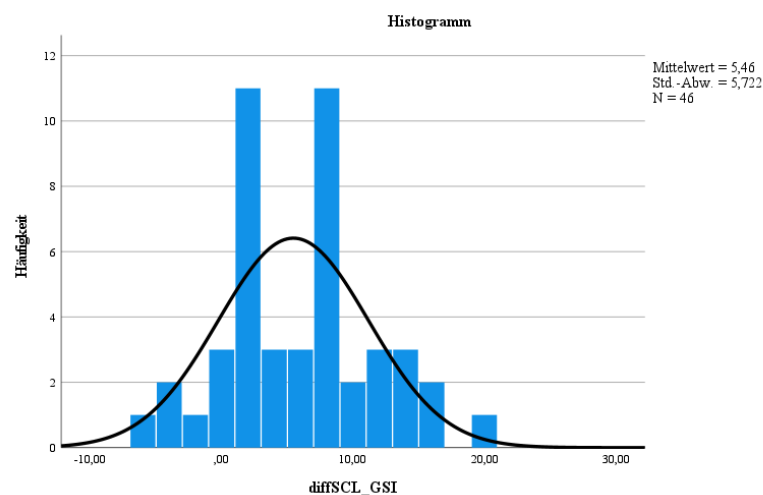


Abbildung 23: Histogramm der Differenzen der Symptom-Checklist (SCL-90®-S) – global severity index (GSI)

Das Histogramm der Differenz ( $T_{SCL\_GSI_1} - T_{SCL\_GSI_2}$ ) ist zwar als nicht lupenrein zu beschreiben, der Kolmogorov-Smirnov-Test weist aber noch eine akzeptable Anpassung an die Normalverteilung auf (Siehe Tabelle 9).

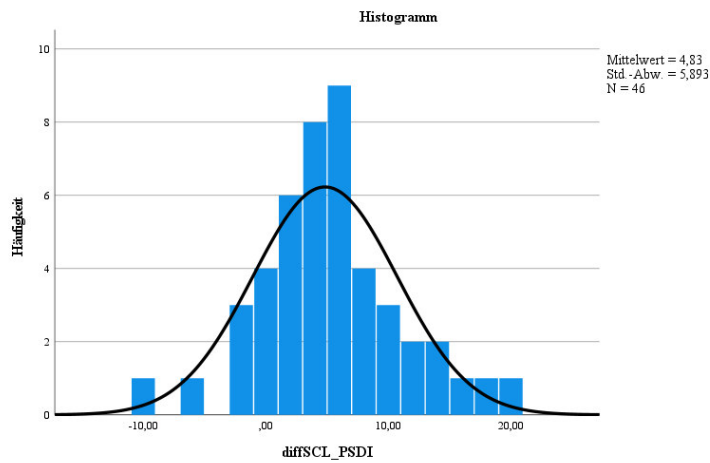


Abbildung 24: Histogramm der Differenzen der Symptom-Checklist (SCL-90®-S) – positive syndrom distress index (PSDI)

Das Histogramm der Differenz ( $T_{SCL\_PSDI\_1} - T_{SCL\_PSDI\_2}$ ) ist zwar als nicht lupenrein zu beschreiben, der Kolmogorov-Smirnov-Test weist aber noch eine akzeptable Anpassung an die Normalverteilung auf (Siehe Tabelle 9).

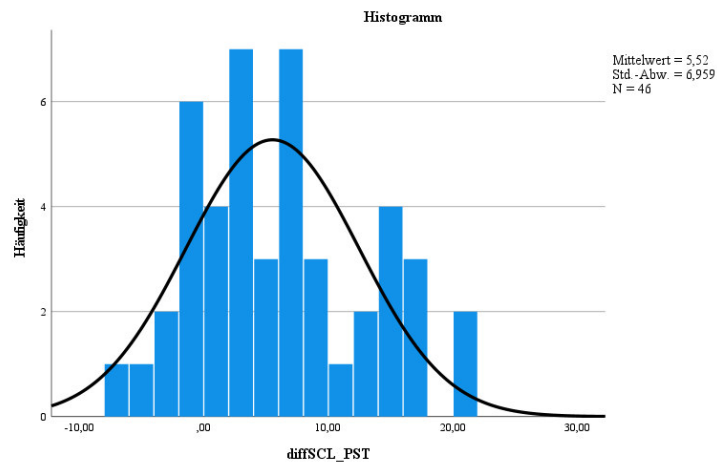


Abbildung 25: Histogramm der Differenzen der Symptom-Checklist (SCL-90®-S) – positive syndrom total (PST)

Das Histogramm der Differenz ( $T_{SCL\_PST\_1} - T_{SCL\_PST\_2}$ ) ist zwar als nicht lupenrein zu beschreiben, der Kolmogorov-Smirnov-Test weist aber noch eine akzeptable Anpassung an die Normalverteilung auf (Siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung für die Skalen Allgemeine Depressionsskala (ADS-L), Perceived Stress Scale-10 (PSS-10), Symptom-Checklist (SCL-90®-S) und die Gesamtindexe (GSI, PSDI, PST)

*Kolmogorov-Smirnov-Test bei einer Stichprobe*

		diff	diff	diffSCL	diffSCL	diffSCL	
		ADS-L	PSS	GSI	PSDI	PST	
N		46	46	46	46	46	
Parameter der	Mittelwert	7.46	5.06	5.46	4.83	5.52	
Normalverteilung <sup>a,b</sup>	Std.-Abweichung	8.48	4.87	5.72	5.89	6.96	
Extremste	Absolut	.127	.121	.123	.117	.098	
Differenzen	Positiv	.127	.121	.123	.117	.098	
	Negativ	-.106	-.120	-.085	-.098	-.084	
Teststatistik		.127	.121	.123	.117	.098	
Asymp. Sig. (2-seitig) <sup>c</sup>		.062	.087	.080	.131	.200 <sup>e</sup>	
Monte-Carlo-	Sig.	.060	.083	.076	.107	.319	
Signifikanz (2-seitig) <sup>d</sup>	99% Konfidenzintervall	Untergrenze	.053	.076	.069	.099	.307
		Obergrenze	.066	.090	.083	.115	.331

a. Die zu testende Verteilung ist eine Normalverteilung.

b. Aus den Daten berechnet.

c. Signifikanzkorrektur nach Lilliefors.

d. Lilliefors-Methode auf der Basis von 10000 Monte-Carlo-Stichproben mit Startwert 334431365.

e. Dies ist eine untere Grenze der echten Signifikanz.

- Testen auf Normalverteilung der Subskalen der Symptom-Checklist (SCL-90®)

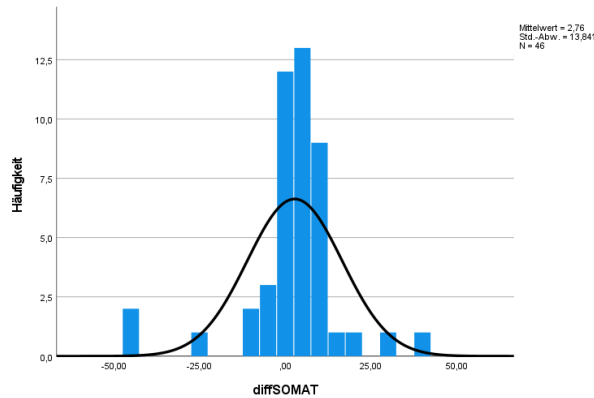


Abbildung 26: Histogramm der Differenzen der Subskala „Somatisierung (SOMAT)“ der Symptom-Checklist (SCL-90®-S)

Das Histogramm der Differenz ( $T_{SCL\_SOMAT\_1} - T_{SCL\_SOMAT\_2}$ ) ist zwar als nicht lupenrein zu beschreiben, der Kolmogorov-Smirnov-Test weist aber noch eine akzeptable Anpassung an die Normalverteilung auf (Siehe Tabelle 10).

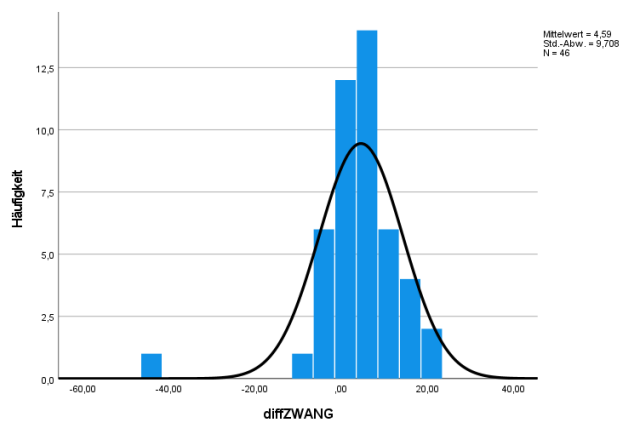


Abbildung 27: Histogramm der Differenzen der Subskala „Zwanghaftigkeit (ZWANG)“ der Symptom-Checklist (SCL-90®-S)

Das Histogramm der Differenz ( $T_{SCL\_ZWANG\_1} - T_{SCL\_ZWANG\_2}$ ) ist zwar als nicht lupenrein zu beschreiben, der Kolmogorov-Smirnov-Test weist aber noch eine akzeptable Anpassung an die Normalverteilung auf (Siehe Tabelle 10).

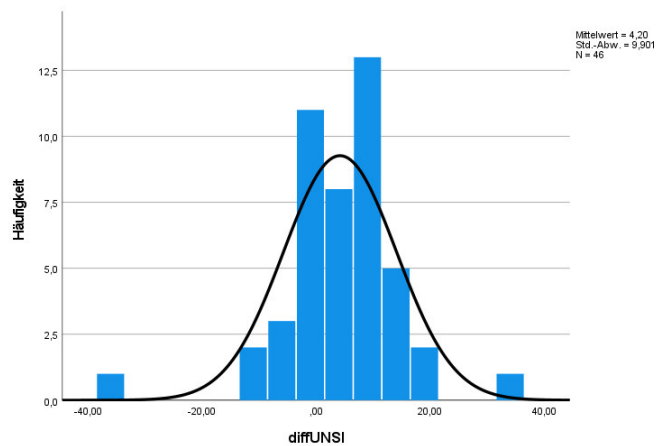


Abbildung 28: Histogramm der Differenzen der Subskala „Unsicherheit im Sozialkontakt (UNSI)“ der Symptom-Checklist (SCL-90®-S)

Das Histogramm der Differenz ( $T_{SCL\_UNSI\_1} - T_{SCL\_UNSI\_2}$ ) ist zwar als nicht lupenrein zu beschreiben, der Kolmogorov-Smirnov-Test weist aber noch eine akzeptable Anpassung an die Normalverteilung auf (Siehe Tabelle 10).

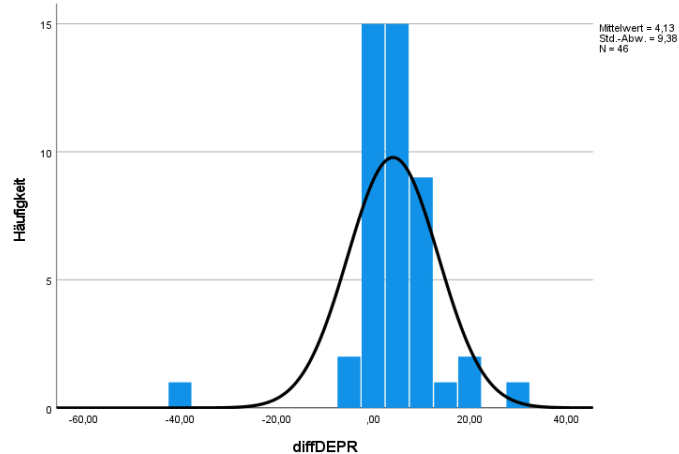


Abbildung 29: Histogramm der Differenzen der Subskala „Depressivität (DEPR)“ der Symptom-Checklist (SCL-90®-S)

Das Histogramm der Differenz ( $T_{SCL\_DEPR\_1} - T_{SCL\_DEPR\_2}$ ) ist zwar als nicht lupenrein zu beschreiben, der Kolmogorov-Smirnov-Test weist aber noch eine akzeptable Anpassung an die Normalverteilung auf (Siehe Tabelle 10).

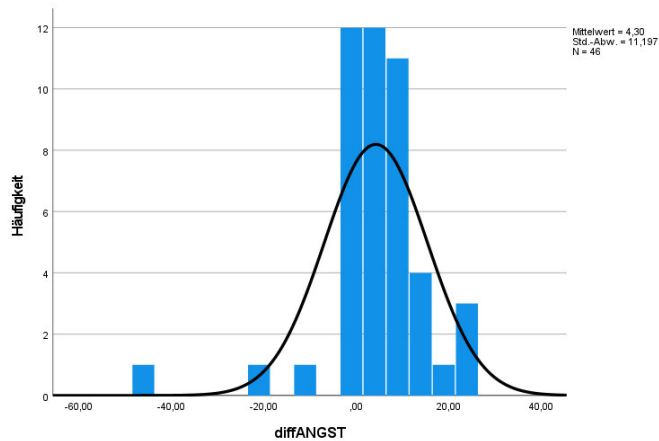


Abbildung 30: Histogramm der Differenzen der Subskala „Ängstlichkeit (ANGST)“ der Symptom-Checklist (SCL-90®-S)

Das Histogramm der Differenz ( $T_{SCL\_ANGST\_1} - T_{SCL\_ANGST\_2}$ ) ist zwar als nicht lupenrein zu beschreiben, der Kolmogorov-Smirnov-Test weist aber noch eine akzeptable Anpassung an die Normalverteilung auf (Siehe Tabelle 10).

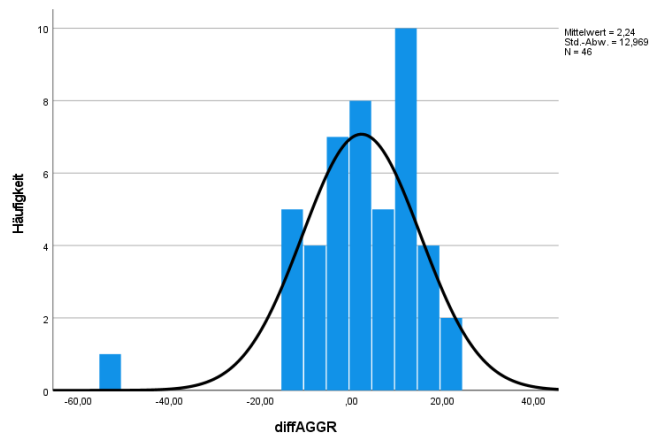


Abbildung 31: Histogramm der Differenzen der Subskala „Aggressivität/ Feindseligkeit (AGGR)“ der Symptom-Checklist (SCL-90®-S)

Das Histogramm der Differenz ( $T_{SCL\_AGGR\_1} - T_{SCL\_AGGR\_2}$ ) ist zwar als nicht lupenrein zu beschreiben, der Kolmogorov-Smirnov-Test weist aber noch eine akzeptable Anpassung an die Normalverteilung auf (Siehe Tabelle 10).

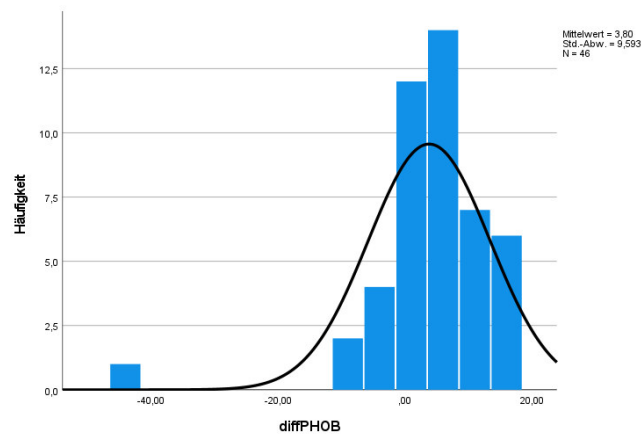


Abbildung 32: Histogramm der Differenzen der Subskala „Phobische Angst (PHOB)“  
der Symptom-Checklist (SCL-90®-S)

Das Histogramm der Differenz ( $T_{SCL\_PHOB\_1} - T_{SCL\_PHOB\_2}$ ) ist zwar als nicht lupenrein zu beschreiben, der Kolmogorov-Smirnov-Test weist aber noch eine akzeptable Anpassung an die Normalverteilung auf (Siehe Tabelle 10).

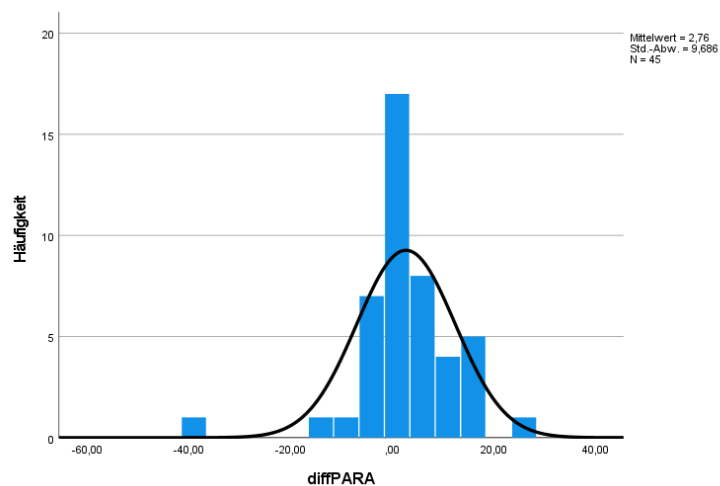


Abbildung 33: Histogramm der Differenzen der Subskala „Paranoides Denken  
(PARA)“ der Symptom-Checklist (SCL-90®-S)

Das Histogramm der Differenz ( $T_{SCL\_PARA\_1} - T_{SCL\_PARA\_2}$ ) ist zwar als nicht lupenrein zu beschreiben, der Kolmogorov-Smirnov-Test weist aber noch eine akzeptable Anpassung an die Normalverteilung auf (Siehe Tabelle 10)

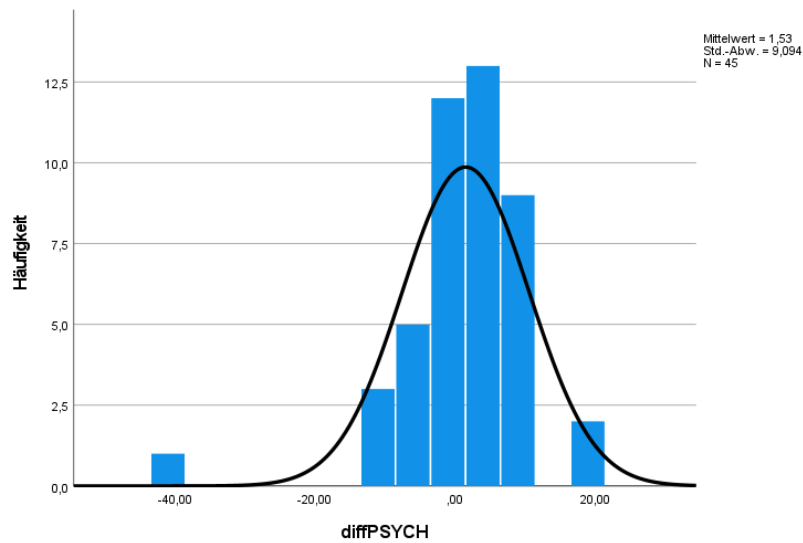


Abbildung 34: Histogramm der Differenzen der Subskala „Psychotizismus (PSYCH)“  
der Symptom-Checklist (SCL-90®-S)

Das Histogramm der Differenz ( $T_{SCL\_PSYCH\_1} - T_{SCL\_PSYCH\_2}$ ) ist zwar als nicht lupenrein zu beschreiben, der Kolmogorov-Smirnov-Test weist aber noch eine akzeptable Anpassung an die Normalverteilung auf (Siehe Tabelle 10).

Alle Variablen (Differenzen von  $T_1 - T_2$ ) sind nach Überprüfung des Kolmogorov-Smirnov-Tests fast zur Gänze signifikant, das heißt, dass nicht immer eine Normalverteilung vorliegt. Durch den zentralen Grenzwertsatz ( $N > 30$ ) wird grundlegend die Normalverteilung angenommen (Lange & Mosler, 2017).

Tabelle 10: Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung für die neun Subskalen der Symptom-Checkliste (SCL-90®-S)

*Kolmogorov-Smirnov-Test bei einer Stichprobe*

		diff	diff	diff	diff	diff	diff	diff	diff	
		SOMAT	ZWANG	UNSI	DEPR	ANGST	AGGR	PHOB	PARA	
N		46	46	46	46	46	46	46	45	
Parameter der Normalverteilung <sup>a,b</sup>	Mittelwert ( <i>M</i> )	2.76	4.59	4.19	4.13	4.30	2.23	3.80	2,75	
	Std.-Abweichung ( <i>SD</i> )	13.84	9,71	9.90	9.38	11.19	12.97	9.59	9.69	
Extremste Differenzen	Absolut	.204	.152	.162	.205	.198	.110	.172	.166	
	Positiv	.170	.102	.105	.145	.101	.097	.100	.131	
	Negativ	-.204	-.152	-.162	-.205	-.198	-.110	-.172	-.166	
Teststatistik		.204	.152	.162	.205	.198	.110	.172	.166	
Asymp. Sig. (2-seitig) <sup>c</sup>		<.001	.009	.004	<.001	<.001	.200 <sup>e</sup>	.002	.003	
Monte-Carlo-Signifikanz (2-seitig) <sup>d</sup>	Sig.	.000	.010	.005	.000	.000	.169	.002	.004	
	99% Konfidenzintervall	Untergrenze	.000	.008	.003	.000	.000	.159	.001	.002
		Obergrenze	.000	.013	.006	.000	.000	.179	.002	.006

a. Die zu testende Verteilung ist eine Normalverteilung.

b. Aus den Daten berechnet.

c. Signifikanzkorrektur nach Lilliefors.

d. Lilliefors-Methode auf der Basis von 10000 Monte-Carlo-Stichproben mit Startwert 957002199.

e. Dies ist eine untere Grenze der echten Signifikanz.

## (2) Überprüfung der Voraussetzung zur Berechnung einer Kovarianzanalyse

Unterschiede in den Differenzen zwischen den erhobenen Messzeitpunkten in Abhängigkeit der unabhängigen Variablen (feste Faktoren: Geschlecht, psychopharmakologische Medikamenteneinnahme, Inanspruchnahme zusätzlicher Therapieleistungen der PSD Burgenland und Diagnosen) unter Konstanthaltung des Ausgangswertes wurden mittels einer Kovarianzanalyse (ANCOVA) berechnet. Es erfolgt vorab die Überprüfung der homogenen Varianzen der  $y$ -Variablen zwischen den Gruppen und die Überprüfung der Homogenität der Steigung der Regressionsgeraden.

Bei der Voraussetzungsüberprüfung zur Berechnung einer Kovarianzanalyse ergeben die Ergebnisse für alle untersuchten unabhängige Variablen (Geschlecht, psychopharmakologische Medikamenteneinnahme, Inanspruchnahme zusätzlicher Therapieleistungen der Psychosozialen Dienste und Diagnosen), dass bis auf eine untersuchte Variable, alle anderen Variablen homogene Varianzen und eine Homogenität der Steigung der Regressionsgeraden aufweisen (Siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: Überprüfung der Voraussetzung zur Berechnung der Kovarianzanalysen (homogene Varianzen und Homogenität der Steigung der Regressionsgeraden) der unabhängigen Variablen Geschlecht, Medikamenteneinnahme, Inanspruchnahme zusätzlicher Therapieleistungen der PSD Burgenland und Diagnosen

Hypothesennummer	AV	UV	p-Wert Varianzhomogenität	p-Wert Homogenität der Steigung der Regressionsgerade
15	diff_GSI	Geschlecht	.259	.767
16	diff_PSDI	Geschlecht	.688	.908
17	diff_PST	Geschlecht	.032	.419
18	diff_GSI	Medikamenteneinnahme	.095	.107
19	diff_GSI	Inanspruchnahme PSD	.536	.741
20	diff_GSI	Diagnose	.904	.827

*Hypothesennummer; AV: abhängige Variablen - Symptom-Checklist (Differenz SCL (GSI): global severity index; Differenz SCL (PSDI): Symptom-Checklist: positive symptom distress index; Differenz SCL (PST): Symptom-Checklist: positive symptom total (PST); UV: unabhängige Variablen (Geschlecht; Medikamenteneinnahme; Inanspruchnahme zusätzlicher Therapieleistungen der Psychosozialen Dienste Burgenland, Diagnosen); p: p-Varianzhomogenität; p-Wert Homogenität der Steigung der Regressionsgeraden*

#### 4.7.4 Reliabilitätsanalyse der eingesetzten Messinstrumente

Die verwendeten drei Messinstrumente dieser Studie wurden auf ihre Reliabilität analysiert.

(1) Reliabilitätsanalyse der Symptom-Checklist-90-R (SCL-90®) - Fragebogens:

Die Fragebogenanalyse für die aus insgesamt 90 Items bestehende Symptom-Checklist-90 (SCL-90®-S) – „*global severity index (GSI)*“ beruht auf 46 (N) vollständig ausgefüllten Fragebögen. Die Reliabilität ist mit Cronbachs  $\alpha = .97$  sehr gut und spricht für eine akzeptable Messgenauigkeit der Skala (Steiner, 2003).

Werden die einzelnen Subskalen der SCL-90-R betrachtet erhält man folgende Ergebnisse:

▪ Reliabilitätsanalyse Subskala „Somatisierung (SOMAT)“

Die Reliabilität für die aus 12 Items bestehende Subskala „Somatisierung“ ist mit Cronbachs  $\alpha = .88$  sehr gut und spricht für eine akzeptable Messgenauigkeit der Skala (Steiner, 2003).

▪ Reliabilitätsanalyse Subskala „Zwanghaftigkeit (ZWANG)“

Die Reliabilität für die aus 10 Items bestehende Subskala „Zwanghaftigkeit“ ist mit Cronbachs  $\alpha = .85$  sehr gut und spricht für eine akzeptable Messgenauigkeit der Skala (Steiner, 2003).

▪ Reliabilitätsanalyse Subskala „Unsicherheit im Sozialkontakt (UNSI)“

Die Reliabilität für die aus 9 Items bestehende Subskala „Unsicherheit im Sozialkontakt“ ist mit Cronbachs  $\alpha = .80$  sehr gut und spricht für eine akzeptable Messgenauigkeit der Skala (Steiner, 2003).

▪ Reliabilitätsanalyse Subskala „Depressivität (DEPR)“

Die Reliabilität für die aus 13 Items bestehende Subskala „Depressivität“ ist mit Cronbachs  $\alpha = .89$  sehr gut und spricht für eine akzeptable Messgenauigkeit der Skala (Steiner, 2003).

- Reliabilitätsanalyse Subskala „Ängstlichkeit (ANGST)“

Die Reliabilität für die aus 10 Items bestehende Subskala „Ängstlichkeit“ ist mit Cronbachs  $\alpha = .84$  sehr gut und spricht für eine akzeptable Messgenauigkeit der Skala (Steiner, 2003).

- Reliabilitätsanalyse Subskala „Aggressivität/ Feindseligkeit (AGGR)“

Die Reliabilität für die aus 6 Items bestehende Subskala „Aggressivität/ Feindseligkeit“ ist mit Cronbachs  $\alpha = .74$  gut und spricht für eine akzeptable Messgenauigkeit der Skala (Steiner, 2003).

- Reliabilitätsanalyse Subskala „Phobische Angst (PHOB)“

Die Reliabilität für die aus 7 Items bestehende Subskala „Phobische Angst“ ist mit Cronbachs  $\alpha = .81$  sehr gut und spricht für eine akzeptable Messgenauigkeit der Skala (Steiner, 2003).

- Reliabilitätsanalyse Subskala „Paranoides Denken (PARA)“

Die Reliabilität für die aus 6 Items bestehende Subskala „Paranoides Denken“ ist mit Cronbachs  $\alpha = .80$  sehr gut und spricht für eine akzeptable Messgenauigkeit der Skala (Steiner, 2003).

- Reliabilitätsanalyse Subskala „Psychotizismus (PSYCHO)“

Die Reliabilität für die aus 10 Items bestehende Subskala „Psychotizismus“ ist mit Cronbachs  $\alpha = .83$  sehr gut und spricht für eine akzeptable Messgenauigkeit der Skala (Steiner, 2003).

- Reliabilitätsanalyse Subskala „Zusatzitems“

Die Reliabilität für die aus 7 Items bestehenden „Zusatzitems“ ist mit Cronbachs  $\alpha = .71$  gut und spricht für eine akzeptable Messgenauigkeit der Skala (Steiner, 2003).

(2) Reliabilitätsanalyse der Perceived Stress Scale (PSS-10) - Fragebogens:

Die Fragenbogenanalyse für die aus 10 Items bestehende PSS-10 beruht auf 46 (N) vollständig ausgefüllten Fragebögen. Bei 4 von 10 Items handelt es sich um invertierte Werte (Items 4, 5, 7, 8). Die Reliabilität ist mit Cronbachs  $\alpha = .53$  akzeptabel (Steiner, 2003).

(3) Reliabilitätsanalyse der Allgemeinen Depressionsskala (ADS-L) - Fragebogens:

Die Fragenbogenanalyse für die aus 20 Items bestehende ADS-L beruht auf 46 (N) vollständig ausgefüllten Fragebögen. Bei 4 von 20 Items handelt es sich um invertierte Werte (Items 4, 8, 12, 16). Die Reliabilität ist mit Cronbachs  $\alpha = .91$  sehr gut und spricht für eine akzeptable Messgenauigkeit der Skala (Steiner, 2003).

## 5 Ergebnisdarstellung

Die deskriptiven Ergebnisse sind im Kapitel 4.1 und die Voraussetzungen zur Berechnung der statistischen Verfahren sind im Kapitel 4.7.3 angeführt. Der erste Teil dieses Kapitels gibt einen Überblick über die interferenzstatistischen Ergebnisse der Mittelwertsunterschiede, der in dieser Masterthesis eingesetzten Erhebungsinstrumente (Siehe Kapitel 4.5) und stellt die Ergebnisse in einer Gesamtübersicht in Tabelle 12 graphisch dar. Der zweite Teil beschreibt die Ergebnisse der Mittelwertsunterschiede der einzelnen neun Subskalen (Siehe Tabelle 13) des eingesetzten Messinstruments der Symptom-Checkliste (SCL-90®-S). Das heißt, dass mögliche Unterschiede zwischen dieser Stichprobe auf Signifikanzen überprüft werden. Der dritte Teil bildet die Ergebnisse der Kovarianzanalysen (Siehe Tabelle 14) ab.

### I. Ergebnisse der Hypothesentests der Erhebungsinstrumente

5.1 Psychopathologie/ Symptomatologie der körperlichen und psychischen Beschwerden erhoben durch die Symptom-Checkliste (SCL-90®) – „*severity syndrom index (GSI)*“

#### **Hypothesentest: Symptomatologie (GSI) der Symptom-Checkliste (SCL-90®)**

**H<sub>1</sub> (1.1):** Die Symptombelastung der Proband:innen des globalen Kennwertes der psychischen Belastung (GSI) der SCL-90®-S unterscheidet sich signifikant zwischen den zwei Testzeitpunkten.

Die Prüfung der Voraussetzungen zur Ermittlung des statistischen Verfahrens sind im Kapitel 4.7.3 in Tabelle 9 angeführt. Die Voraussetzungen zur Anwendung der parametrischen Verfahren sind gegeben. Zur Überprüfung der Unterschiedshypothese wurde ein t-Test für abhängige Stichproben angewandt. Dabei wurden die Mittelwerte des globalen Kennwertes der psychischen Belastung (GSI) der SCL-90®-S zwischen den zwei Messzeitpunkten ( $T_1 - T_2$ ) miteinander verglichen und auf signifikante Unterschiede geprüft.

**Ergebnis der Hypothesentestung:** Wie aus der Tabelle 12 ersichtlich, gibt es zwischen der Symptombelastung des globalen Kennwertes der psychischen Belastung (GSI) vor

und nach der NADA-Therapie-Intervention einen signifikanten Unterschied ( $t(42) = 6.47$  mit  $p = < .001$ );  $M_{T1} = 64.65$  ( $SD = 7.32$ );  $M_{T2} = 59.20$  ( $SD = 5.72$ )), der einem großen Effekt entspricht (Hedges  $g = 0.93$ ). Der globale Kennwert der psychischen Belastung (GSI) hat sich verringert und somit wird die  $H_0$  verworfen.

5.2 Psychopathologie/ Symptomatologie der körperlichen und psychischen Beschwerden der Symptom-Checkliste (SCL-90®) – „*positive symptom distress index* (PSDI)“

**Hypothesentest: Antwortintensität (PSDI) der Symptom-Checkliste (SCL-90®)**

**H<sub>1</sub> (2.2):** Die Intensität der Antworten (PSDI) der SCL-90®-S unterscheidet sich signifikant zwischen den zwei Testzeitpunkten.

Die Prüfung der Voraussetzungen zur Ermittlung des statistischen Verfahrens sind im Kapitel 4.7.3 in Tabelle 9 angeführt. Die Voraussetzungen zur Anwendung eines parametrischen Verfahrens sind gegeben. Zur Überprüfung der Unterschiedshypothese wurde ein t-Test für abhängige Stichproben angewandt. Dabei wurden die Mittelwerte der Intensität der Antworten (PSDI) der SCL-90®-S zwischen den zwei Messzeitpunkten ( $T_1 - T_2$ ) miteinander verglichen und auf signifikante Unterschiede geprüft.

**Ergebnis der Hypothesentestung:** Wie aus der Tabelle 12 ersichtlich, gibt es zwischen der Intensität der Antworten (PSDI) vor und nach der NADA-Therapie-Intervention einen signifikanten Unterschied ( $t(45) = 5.55$  mit  $p = < .001$ );  $M_{T1} = 61.65$  ( $SD = 9.06$ );  $M_{T2} = 56.83$  ( $SD = 9.79$ )), der einem großen Effekt entspricht (Hedges  $g = 0.80$ ). Die Antwortintensität hat sich verringert und somit wird die  $H_0$  verworfen.

5.3 Psychopathologie/ Symptomatologie der körperlichen und psychischen Beschwerden der Symptom-Checkliste (SCL-90®) – „*positive symptom total* (PST)“

**Hypothesentest: Anzahl der belastenden Symptome (PST) der Symptom-Checkliste (SCL-90®)**

**H<sub>1</sub> (3.2):** Die Anzahl der belastenden Symptome (PST) der SCL-90®-S unterscheidet sich signifikant zwischen den zwei Testzeitpunkten.

Die Prüfung der Voraussetzungen zur Ermittlung des statistischen Verfahrens sind im Kapitel 4.7.3 in Tabelle 9 angeführt. Die Voraussetzungen zur Anwendung eines parametrischen Verfahrens sind gegeben. Zur Überprüfung der Unterschiedshypothese wurde ein t-Test für abhängige Stichproben angewandt.

Dabei wurden die Mittelwerte der Anzahl der belastenden Symptome (PST) der SCL-90®-S zwischen den zwei Messzeitpunkten ( $T_1 - T_2$ ) miteinander verglichen und auf signifikante Unterschiede geprüft.

**Ergebnis der Hypothesentestung:** Wie aus der Tabelle 12 ersichtlich, gibt es zwischen der Anzahl der belastenden Symptome (PST) vor und nach der NADA-Therapie-Intervention einen signifikanten Unterschied ( $t(45) = 5.38$  mit  $p = < .001$ );  $M_{T1} = 64.76$  ( $SD = 7.97$ );  $M_{T2} = 59.24$  ( $SD = 10.19$ )), der einem mittlerem Effekt entspricht (Hedges  $g = 0.78$ ). Die Anzahl der belastenden Symptome hat sich verringert und somit wird die  $H_0$  verworfen.

#### 5.4 Stressempfinden – Perceived Stress Scale (PSS-10)

##### **Hypothesentest: Stressempfinden: Perceived Stress Scale (PSS-10)**

**H<sub>1</sub> (4.2):** Es gibt einen Unterschied des Stressempfindens vor und nach dem Einsatz des komplementären NADA-Protokolls.

Die Prüfung der Voraussetzungen zur Ermittlung des statistischen Verfahrens sind im Kapitel 4.7.3 in Tabelle 9 angeführt. Die Voraussetzungen zur Anwendung eines parametrischen Verfahrens sind gegeben. Zur Überprüfung der Unterschiedshypothese wurde ein t-Test für abhängige Stichproben angewandt. Dabei wurden die Mittelwerte des PSS-10-Gesamtscores zwischen den zwei Messzeitpunkten ( $T_1 - T_2$ ) miteinander verglichen und auf signifikante Unterschiede geprüft.

Tabelle 12: Mittelwertsunterschiede zwischen den zwei Messzeitpunkten der Erhebungsinstrumente der Symptom-Checkliste (SCL-90®-S) der Gesamtindexe „global severity index (GSI), positive symptom distress index (PSDI), positive symptom total (PST)“, der Allgemeinen Depressionsskala (ADS-L) und der Perceived Stress Scale (PSS-10)

	Stichprobe (N)	Mittelwert ( $M_{T1}$ )	Mittelwert ( $M_{T2}$ )	Std.- Abweichung ( $SD_{T1}$ )	Std.- Abweichung ( $SD_{T2}$ )	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>p</i> -Wert	Effektstärke Hedges' Korrektur <i>g</i>
<b>SCL (GSI)</b>	46	64.65	59.20	7.33	9.83	6.46	42	< .001	0.93
<b>SCL (PSDI)</b>	46	61.65	56.83	9.06	9.79	5.55	42	< .001	0.80
<b>SCL (PST)</b>	46	64.76	59.24	7.97	10.19	5.38	42	< .001	0.78
<b>ADS-L</b>	46	27.50	20.04	10.80	10.06	5.96	42	< .001	0.86
<b>PSS-10</b>	46	31.35	26.28	7.63	6.61	7.04	42	< .001	1.02

*N*: Stichprobe; *M*: Mittelwert; *SD*: Standardabweichung; *T*: *t*-test; *df*: degrees-of-freedom (Freiheitsgrade); *p*: *p*-Wert (2-seitig); *g*: Hedges' *g*;  
*SCL (GSI)*: Symptom-Checklist: global severity index; *SCL (PSDI)*: Symptom-Checklist: positive symptom distress index; *SCL (PST)*: Symptom-  
 Checklist: positive symptom total (PST); *ADS-L*: Allgemeine Depressionsskala; *PSS-10*: Perceived Stress Scale 10

**Ergebnis der Hypothesentestung:** Wie aus der Tabelle 12 ersichtlich, gibt es zwischen des Stressempfindens zwischen den zwei Messzeitpunkten einen signifikanten Unterschied ( $t(45) = 7.05$  mit  $p = < .001$ );  $M_{T1} = 31.35$  ( $SD = 7.63$ );  $M_{T2} = 26.28$  ( $SD = 6.62$ )), der einem großen Effekt entspricht (Hedges  $g = 1.02$ ). Das Stressempfinden hat sich verringert und somit wird die  $H_0$  verworfen.

#### 5.5 Depressionsausprägung – Allgemeine Depressionsskala (ADS-L)

##### **Hypothesentest: Affektivität – Depressionsausprägung: Allgemeine Depressionsskala (ADS-L)**

**H<sub>1</sub> (5.2):** Es gibt einen Unterschied der Depressionsausprägung vor und nach dem Einsatz des komplementären NADA-Protokolls.

Die Prüfung der Voraussetzungen zur Ermittlung des statistischen Verfahrens sind im Kapitel 4.7.3 in Tabelle 9 angeführt. Die Voraussetzungen zur Anwendung eines parametrischen Verfahrens sind gegeben. Zur Überprüfung der Unterschiedshypothese wurde ein t-Test für abhängige Stichproben angewandt. Dabei wurden die Mittelwerte der Depressionsausprägung zwischen den zwei Messzeitpunkten ( $T_1 - T_2$ ) miteinander verglichen und auf signifikante Unterschiede geprüft.

**Ergebnis der Hypothesentestung:** Wie aus der Tabelle 12 ersichtlich, gibt es zwischen der Depressionsausprägung zwischen den zwei Messzeitpunkten einen signifikanten Unterschied ( $t(45) = 5.97$  mit  $p = < 0,001$ );  $M_{T1} = 27.50$  ( $SD = 10.81$ );  $M_{T2} = 20.04$  ( $SD = 10.06$ )), der einem großen Effekt entspricht (Hedges  $g = 1.02$ ). Die Depressionsausprägung hat sich verringert und somit wird die  $H_0$  verworfen.

## II. Ergebnisse der Hypothesentests der neun Subskalen der Symptom-Checkliste (SCL-90®)

### 5.6 Hypothesentest: Subskala der Symptom-Checkliste (SCL-90®) „Somatisierung“

**H<sub>1</sub> (6.2):** Die Symptombelastung der Proband:innen des Kennwertes der Somatisierung (SOMAT) der SCL-90®-S unterscheidet sich signifikant zwischen den zwei Testzeitpunkten.

Die Prüfung der Voraussetzungen zur Ermittlung des statistischen Verfahrens sind im Kapitel 4.7.3 in Tabelle 10 angeführt. Die Voraussetzungen zur Anwendung eines parametrischen Verfahrens sind zwar nicht gegeben, aber unter Bezugnahme des zentralen Grenzwerttheorems ( $N > 30$ ) wird grundlegend die Normalverteilung angenommen (Lange & Mosler, 2017). Zur Überprüfung der Unterschiedshypothese wurde ein t-Test für abhängige Stichproben angewandt. Dabei wurden die Mittelwerte der Subskala „Somatisierung“ zwischen den zwei Messzeitpunkten ( $T_1 - T_2$ ) miteinander verglichen und auf signifikante Unterschiede geprüft.

**Ergebnis der Hypothesentestung:** Wie aus der Tabelle 13 ersichtlich, gibt es zwischen der Symptombelastung „Somatisierung“ zwischen den zwei Messzeitpunkten einen signifikanten Unterschied ( $t(45) = 2.27$  mit  $p = < .001$ );  $M_{T1} = 60.35$  ( $SD = 13.75$ );  $M_{T2} = 56.37$  ( $SD = 11.34$ ), der einem kleinen (schwachen) Effekt entspricht (Hedges  $g = 0.33$ ). Die Symptombelastung „Somatisierung“ hat sich minimal verringert und somit wird die  $H_0$  verworfen.

### 5.7 Hypothesentest: Subskala der Symptom-Checkliste (SCL-90®) „Zwanghaftigkeit“

**H<sub>1</sub> (7.2):** Die Symptombelastung der Proband:innen des Kennwertes der Zwanghaftigkeit (ZWANG) der SCL-90®-S unterscheidet sich signifikant zwischen den zwei Testzeitpunkten.

Die Prüfung der Voraussetzungen zur Ermittlung des statistischen Verfahrens sind im Kapitel 4.7.3 in Tabelle 10 angeführt. Die Voraussetzungen zur Anwendung eines parametrischen Verfahrens sind zwar nicht gegeben, aber unter Bezugnahme des

zentralen Grenzwerttheorems ( $N > 30$ ) wird grundlegend die Normalverteilung angenommen (Lange & Mosler, 2017). Zur Überprüfung der Unterschiedshypothese wurde ein t-Test für abhängige Stichproben angewandt. Dabei wurden die Mittelwerte der Subskala „Zwanghaftigkeit“ zwischen den zwei Messzeitpunkten ( $T_1 - T_2$ ) miteinander verglichen und auf signifikante Unterschiede geprüft.

**Ergebnis der Hypothesentestung:** Wie aus der Tabelle 13 ersichtlich, gibt es zwischen der Symptombelastung „Zwanghaftigkeit“ zwischen den zwei Messzeitpunkten einen signifikanten Unterschied ( $t(45) = 3.20$  mit  $p < .001$ );  $M_{T1} = 62.67$  ( $SD = 12.79$ );  $M_{T2} = 58.09$  ( $SD = 9.90$ )), der einem kleinen (schwachen) Effekt entspricht (Hedges  $g = 0.46$ ). Die Symptombelastung „Zwanghaftigkeit“ hat sich minimal verringert und somit wird die  $H_0$  verworfen.

5.8 Hypothesentest: Subskala der Symptom-Checkliste (SCL-90®) „Unsicherheit im Sozialkontakt“

**H<sub>1</sub> (8.2):** Die Symptombelastung der Proband:innen des Kennwertes Unsicherheit im Sozialkontakt (UNSI) der SCL-90®-S unterscheidet sich signifikant zwischen den zwei Testzeitpunkten.

Die Prüfung der Voraussetzungen zur Ermittlung des statistischen Verfahrens sind im Kapitel 4.7.3 in Tabelle 10 angeführt. Die Voraussetzungen zur Anwendung eines parametrischen Verfahrens sind zwar nicht gegeben, aber unter Bezugnahme des zentralen Grenzwerttheorems ( $N > 30$ ) wird grundlegend die Normalverteilung angenommen (Lange & Mosler, 2017). Zur Überprüfung der Unterschiedshypothese wurde ein t-Test für abhängige Stichproben angewandt. Dabei wurden die Mittelwerte der Subskala „Unsicherheit im Sozialkontakt“ zwischen den zwei Messzeitpunkten ( $T_1 - T_2$ ) miteinander verglichen und auf signifikante Unterschiede geprüft.

**Ergebnis der Hypothesentestung:** Wie aus der Tabelle 13 ersichtlich, gibt es zwischen der Symptombelastung „Unsicherheit im Sozialkontakt“ zwischen den zwei Messzeitpunkten einen signifikanten Unterschied ( $t(45) = 2.87$  mit  $p < .001$ );  $M_{T1} = 61.26$  ( $SD = 11.58$ );  $M_{T2} = 57.07$  ( $SD = 9.63$ )), der einem kleinen (schwachen) Effekt

entspricht (Hedges  $g = 0.42$ ). Die Symptombelastung „Unsicherheit im Sozialkontakt“ hat sich minimal verringert und somit wird die  $H_0$  verworfen.

#### 5.9 Hypothesentest: Subskala der Symptom-Checkliste (SCL-90®) „Depressivität“

**H<sub>1</sub> (9.2):** Die Symptombelastung der Proband:innen des Kennwertes Depressivität (DEPR) der SCL-90®-S unterscheidet sich signifikant zwischen den zwei Testzeitpunkten.

Die Prüfung der Voraussetzungen zur Ermittlung des statistischen Verfahrens sind im Kapitel 4.7.3 in Tabelle 10 angeführt. Die Voraussetzungen zur Anwendung eines parametrischen Verfahrens sind zwar nicht gegeben, aber unter Bezugnahme des zentralen Grenzwerttheorems ( $N > 30$ ) wird grundlegend die Normalverteilung angenommen (Lange & Mosler, 2017). Zur Überprüfung der Unterschiedshypothese wurde ein t-Test für abhängige Stichproben angewandt. Dabei wurden die Mittelwerte der Subskala „Depressivität“ zwischen den zwei Messzeitpunkten ( $T_1 - T_2$ ) miteinander verglichen und auf signifikante Unterschiede geprüft.

**Ergebnis der Hypothesentestung:** Wie aus der Tabelle 13 ersichtlich, gibt es zwischen der Symptombelastung „Depressivität“ zwischen den zwei Messzeitpunkten einen signifikanten Unterschied ( $t(45) = 2.99$  mit  $p = < .001$ );  $M_{T_1} = 62.80$  ( $SD = 11.89$ );  $M_{T_2} = 58.65$  ( $SD = 10.07$ )), der einem kleinen (schwachen) Effekt entspricht (Hedges  $g = 0.43$ ). Die Symptombelastung „Depressivität“ hat sich minimal verringert und somit wird die  $H_0$  verworfen.

#### 5.10 Hypothesentest: Subskala der Symptom-Checkliste (SCL-90®) „Ängstlichkeit“

**H<sub>1</sub> (10.2):** Die Symptombelastung der Proband:innen des Kennwertes Ängstlichkeit (ANGST) der SCL-90®-S unterscheidet sich signifikant zwischen den zwei Testzeitpunkten.

Die Prüfung der Voraussetzungen zur Ermittlung des statistischen Verfahrens sind im Kapitel 4.7.3 in Tabelle 10 angeführt. Die Voraussetzungen zur Anwendung eines parametrischen Verfahrens sind zwar nicht gegeben, aber unter Bezugnahme des

zentralen Grenzwerttheorems ( $N > 30$ ) wird grundlegend die Normalverteilung angenommen (Lange & Mosler, 2017). Zur Überprüfung der Unterschiedshypothese wurde ein t-Test für abhängige Stichproben angewandt. Dabei wurden die Mittelwerte der Subskala „Ängstlichkeit“ zwischen den zwei Messzeitpunkten ( $T_1 - T_2$ ) miteinander verglichen und auf signifikante Unterschiede geprüft.

**Ergebnis der Hypothesentestung:** Wie aus der Tabelle 13 ersichtlich, gibt es zwischen der Symptombelastung „Ängstlichkeit“ zwischen den zwei Messzeitpunkten einen signifikanten Unterschied ( $t(45) = 2.61$  mit  $p < .001$ );  $M_{T1} = 63.85$  ( $SD = 11.96$ );  $M_{T2} = 59.54$  ( $SD = 9.64$ )), der einem kleinen (schwachen) Effekt entspricht (Hedges  $g = 0.38$ ). Die Symptombelastung „Ängstlichkeit“ hat sich minimal verringert und somit wird die  $H_0$  verworfen.

5.11 Hypothesentest: Subskala der Symptom-Checkliste (SCL-90®) „Aggressivität/ Feindseligkeit“

**$H_0$  (11.1):** Die Symptombelastung der Proband:innen des Kennwertes Aggressivität/ Feindseligkeit (AGGR) der SCL-90®-S unterscheidet sich nicht signifikant zwischen den zwei Testzeitpunkten.

Die Prüfung der Voraussetzungen zur Ermittlung des statistischen Verfahrens sind im Kapitel 4.7.3 in Tabelle 10 angeführt. Die Voraussetzungen zur Anwendung eines parametrischen Verfahrens sind gegeben. Zur Überprüfung der Unterschiedshypothese wurde ein t-Test für abhängige Stichproben angewandt. Dabei wurden die Mittelwerte der Subskala „Aggressivität/ Feindseligkeit“ zwischen den zwei Messzeitpunkten ( $T_1 - T_2$ ) miteinander verglichen und auf signifikante Unterschiede geprüft.

**Ergebnis der Hypothesentestung:** Wie aus der Tabelle 13 ersichtlich, gibt es zwischen der Symptombelastung „Aggressivität/ Feindseligkeit“ zwischen den zwei Messzeitpunkten keinen signifikanten Unterschied ( $t(45) = 1.17$  mit  $p = .248$ );  $M_{T1} = 58.80$  ( $SD = 11.77$ );  $M_{T2} = 56.57$  ( $SD = 10.33$ )), Die Symptombelastung „Aggressivität/ Feindseligkeit“ hat sich nicht verringert und somit wird die  $H_0$  beibehalten.

Tabelle 13: Mittelwertsunterschiede zwischen den zwei Messzeitpunkten des Erhebungsinstruments der Symptom-Checkliste (SCL-90®-S) der Subskalen: „Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/ Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus“

	Stichprobe (N)	Mittelwert (M <sub>T1</sub> )	Mittelwert (M <sub>T2</sub> )	Std.- Abweichung (SD <sub>T1</sub> )	Std.- Abweichung (SD <sub>T2</sub> )	T	df	p-Wert (2-seitig)	Effektstärke Hedges`Korrektur g
SCL „SOMA“	46	60.35	56.37	13.75	11.34	2.27	45	< .001	0.33
SCL „ZWANG“	46	62.67	58.09	12.79	9.90	3.20	45	< .001	0.46
SCL „UNSI“	46	61.26	57.07	11.58	9.63	2.87	45	< .001	0.42
SCL „DEPR“	46	62.80	58.65	11.89	10.07	2.99	45	< .001	0.43
SCL „ANGST“	46	63.85	59.54	11.96	9.64	2.61	45	< .001	0.38
SCL „AGGR“	46	58.80	56.57	11.77	10.33	1.17	45	.248	0.17
SCL „PHOB“	46	63.04	59.24	12.92	10.59	2.69	45	< .001	0.39
SCL „PARA“	46	59.82	56.82	12.98	9.55	1.91	44	.063	0.28
SCL „PSYCH“	46	59.53	58.00	13.31	8.37	1.13	44	.264	0.17

*N: Stichprobe; M: Mittelwert; SD: Standardabweichung; T: t-test; df: degrees-of-freedom (Freiheitsgrade); p: p-Wert (2-seitig); g: Hedges` Korrektur g; SCL-90-R: Subskalen Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/ Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus*

### 5.12 Hypothesentest: Subskala der Symptom-Checkliste (SCL-90®) „Phobische Angst“

**H<sub>1</sub> (12.2):** Die Symptombelastung der Proband:innen des Kennwertes Phobische Angst (PHOB) der SCL-90®-S unterscheidet sich signifikant zwischen den zwei Testzeitpunkten.

Die Prüfung der Voraussetzungen zur Ermittlung des statistischen Verfahrens sind im Kapitel 4.7.3 in Tabelle 10 angeführt. Die Voraussetzungen zur Anwendung eines parametrischen Verfahrens sind zwar nicht gegeben, aber unter Bezugnahme des zentralen Grenzwerttheorems ( $N > 30$ ) wird grundlegend die Normalverteilung angenommen (Lange & Mosler, 2017). Zur Überprüfung der Unterschiedshypothese wurde ein t-Test für abhängige Stichproben angewandt. Dabei wurden die Mittelwerte der Subskala „Phobische Angst“ zwischen den zwei Messzeitpunkten ( $T_1 - T_2$ ) miteinander verglichen und auf signifikante Unterschiede geprüft.

**Ergebnis der Hypothesentestung:** Wie aus der Tabelle 13 ersichtlich, gibt es zwischen der Symptombelastung „Phobische Angst“ zwischen den zwei Messzeitpunkten einen signifikanten Unterschied ( $t(45) = 2.69$  mit  $p = < .001$ );  $M_{T1} = 63.04$  ( $SD = 12.92$ );  $M_{T2} = 59.24$  ( $SD = 10.59$ )), der einem kleinen (schwachen) Effekt entspricht (Hedges  $g = 0.39$ ). Die Symptombelastung „phobische Angst“ hat sich minimal verringert und somit wird die  $H_0$  verworfen.

### 5.13 Hypothesentest: Subskala der Symptom-Checkliste (SCL-90®) „Paranoides Denken“

**H<sub>0</sub> (13.1):** Die Symptombelastung der Proband:innen des Kennwertes Paranoides Denken (PARA) der SCL-90®-S unterscheidet sich nicht signifikant zwischen den zwei Testzeitpunkten.

Die Prüfung der Voraussetzungen zur Ermittlung des statistischen Verfahrens sind im Kapitel 4.7.3 in Tabelle 10 angeführt. Die Voraussetzungen zur Anwendung eines parametrischen Verfahrens sind zwar nicht gegeben, aber unter Bezugnahme des zentralen Grenzwerttheorems ( $N > 30$ ) wird grundlegend die Normalverteilung angenommen (Lange & Mosler, 2017). Zur Überprüfung der Unterschiedshypothese

wurde ein t-Test für abhängige Stichproben angewandt. Dabei wurden die Mittelwerte der Subskala „Paranoides Denken“ zwischen den zwei Messzeitpunkten ( $T_1 - T_2$ ) miteinander verglichen und auf signifikante Unterschiede geprüft.

**Ergebnis der Hypothesentestung:** Wie aus der Tabelle 13 ersichtlich, gibt es zwischen der Symptombelastung „Paranoides Denken“ zwischen den zwei Messzeitpunkten keinen signifikanten Unterschied ( $t(44) = 1.91$  mit  $p = .063$ );  $M_{T1} = 59.82$  ( $SD = 12.98$ );  $M_{T2} = 56.82$  ( $SD = 9.55$ )), Die Symptombelastung „Paranoides Denken“ hat sich nicht verringert und somit wird die  $H_0$  beibehalten.

#### 5.14 Hypothesentest: Subskala der Symptom-Checkliste (SCL-90®) „Psychotizismus“

**$H_0$  (14.1):** Die Symptombelastung der Proband:innen des Kennwertes Psychotizismus (PSYCH) der SCL-90®-S unterscheidet sich nicht signifikant zwischen den zwei Testzeitpunkten.

Die Prüfung der Voraussetzungen zur Ermittlung des statistischen Verfahrens sind im Kapitel 4.7.3 in Tabelle 10 angeführt. Die Voraussetzungen zur Anwendung eines parametrischen Verfahrens sind zwar nicht gegeben, aber unter Bezugnahme des zentralen Grenzwerttheorems ( $N > 30$ ) wird grundlegend die Normalverteilung angenommen (Lange & Mosler, 2017). Zur Überprüfung der Unterschiedshypothese wurde ein t-Test für abhängige Stichproben angewandt. Dabei wurden die Mittelwerte der Subskala „Psychotizismus“ zwischen den zwei Messzeitpunkten ( $T_1 - T_2$ ) miteinander verglichen und auf signifikante Unterschiede geprüft.

**Ergebnis der Hypothesentestung:** Wie aus der Tabelle 13 ersichtlich, gibt es zwischen der Symptombelastung „Psychotizismus“ zwischen den zwei Messzeitpunkten keinen signifikanten Unterschied ( $t(44) = 1.13$  mit  $p = .264$ );  $M_{T1} = 59.53$  ( $SD = 13.31$ );  $M_{T2} = 58.00$  ( $SD = 8.37$ )), Die Symptombelastung „Psychotizismus“ hat sich nicht verringert und somit wird die  $H_0$  beibehalten.

### III. Ergebnisse der Hypothesentests der Kovarianzanalysen

Die Prüfung der Voraussetzungen zur Ermittlung des statistischen Verfahrens der Kovarianzanalyse sind im Kapitel 4.7.3 in Tabelle 11 angeführt. Die Voraussetzungen zur Anwendung eines parametrischen Verfahrens sind gegeben.

5.15 Hypothesentest: Geschlecht und Psychopathologie/ Symptomatologie der körperlichen und psychischen Beschwerden der Symptom-Checkliste (SCL-90®) – „*geverity syndrom index (GSI)*“

**H<sub>0</sub> (15.1):** Es besteht kein Geschlechtsunterschied hinsichtlich der Veränderung der Symptombelastung des globalen Kennwertes der psychischen Belastung (GSI) der SCL-90®-S zwischen den zwei Testzeitpunkten unter Konstanthaltung des Ausgangswertes.

Zur Überprüfung ob ein Unterschied zwischen den Geschlechtern hinsichtlich der Veränderung der Gesamt-Symptombelastung (GSI) zwischen dem ersten (vor Therapiebeginn) und dem letzten Testzeitpunkt (nach mindestens acht Wochen) unter Konstanthaltung des Ausgangswertes besteht, wurde eine Kovarianzanalyse (ANCOVA) angewandt.

**Ergebnis der Hypothesentestung:** Wie aus der Tabelle 14 ersichtlich, gibt es keinen Geschlechtsunterschied hinsichtlich der Veränderung der Symptombelastung des globalen Kennwertes der psychischen Belastung (GSI) der SCL-90®-S ( $F(1; 43) = 0.67$ ,  $p = .417$ , partielles  $\eta^2 = .02$ ) zwischen den zwei Testzeitpunkten unter Konstanthaltung des Ausgangswertes. Daher wird die  $H_0$  beibehalten und die  $H_1$  verworfen.

5.16 Hypothesentest: Geschlecht und Intensität der Antworten der Symptom-Checkliste (SCL-90®) – „*positive symptom distress index (PSDI)*“

**H<sub>0</sub> (16.1):** Es besteht kein Geschlechtsunterschied hinsichtlich der Veränderung der Antwortintensität des globalen Kennwertes (*positive symptom distress index: PSDI*) der SCL-90®-S zwischen den zwei Testzeitpunkten unter Konstanthaltung des Ausgangswertes.

Zur Überprüfung ob ein Geschlechtsunterschied hinsichtlich der Veränderung der Intensität der Antworten (PSDI) zwischen dem ersten (vor Therapiebeginn) und dem letzten Testzeitpunkt (nach mindestens acht Wochen) unter Konstanthaltung des Ausgangswertes besteht, wurde eine Kovarianzanalyse (ANCOVA) angewandt.

**Ergebnis der Hypothesentestung:** Wie aus der Tabelle 14 ersichtlich, gibt es keinen Geschlechtsunterschied hinsichtlich der Veränderung der Antwortintensität (PSDI) der SCL-90®-S ( $F(1; 43) = 0.64, p = .428, \text{partielles } \eta^2 = .02$ ) zwischen den zwei Testzeitpunkten unter Konstanthaltung des Ausgangswertes. Daher wird die  $H_0$  beibehalten und die  $H_1$  verworfen.

#### 5.17 Hypothesentest: Geschlecht und Anzahl der belastenden Symptome

**$H_0$  (17.1):** Es besteht kein Geschlechtsunterschied hinsichtlich der Veränderung der Symptombelastung des globalen Kennwertes der belastenden Symptome (*positive symptom total: PST*) der SCL-90®-S zwischen den zwei Testzeitpunkten unter Konstanthaltung des Ausgangswertes.

Zur Überprüfung ob ein Geschlechtsunterschied hinsichtlich der Veränderung der Anzahl der belastenden Symptome (PST) zwischen dem ersten (vor Therapiebeginn) und dem letzten Testzeitpunkt (nach mindestens acht Wochen) unter Konstanthaltung des Ausgangswertes besteht, wurde eine Kovarianzanalyse (ANCOVA) angewandt.

**Ergebnis der Hypothesentestung:** Wie aus der Tabelle 14 ersichtlich, gibt es keinen Geschlechtsunterschied hinsichtlich der Veränderung der Anzahl der belastenden Symptome (PST) der SCL-90®-S ( $F(1; 43) = 0.27, p = .604, \text{partielles } \eta^2 = .01$ ) zwischen den zwei Testzeitpunkten unter Konstanthaltung des Ausgangswertes. Daher wird die  $H_0$  beibehalten und die  $H_1$  verworfen.

#### 5.18 Hypothesentest: Medikamenteneinnahme und Psychopathologie/ Symptomatologie der körperlichen und psychischen Beschwerden der Symptom-Checkliste (SCL-90®) – „geverity syndrom index (GSI)“

**H<sub>0</sub> (18.1):** Es besteht kein Unterschied hinsichtlich der psychopharmakologischen Medikamenteneinnahme und hinsichtlich der Veränderung der Symptombelastung des globalen Kennwertes der psychischen Belastung (GSI) der SCL-90®-S zwischen den zwei Testzeitpunkten unter Konstanthaltung des Ausgangswertes.

Zur Überprüfung ob ein Unterschied zwischen der psychopharmakologischen Medikamenteneinnahme hinsichtlich der Veränderung der Gesamt-Symptombelastung (GSI) zwischen dem ersten (vor Therapiebeginn) und dem letzten Testzeitpunkt (nach mindestens acht Wochen) unter Konstanthaltung des Ausgangswertes besteht, wurde eine Kovarianzanalyse (ANCOVA) angewandt.

**Ergebnis der Hypothesentestung:** Wie aus der Tabelle 14 ersichtlich, gibt es keinen Unterschied in Bezug auf die psychopharmakologische Medikamenteneinnahme hinsichtlich der Veränderung der Symptombelastung des globalen Kennwertes der psychischen Belastung (GSI) der SCL-90®-S ( $F(1; 43) = 0.83$ ,  $p = .367$ , partielles  $\eta^2 = .02$ ) zwischen den zwei Testzeitpunkten unter Konstanthaltung des Ausgangswertes. Daher wird die  $H_0$  beibehalten und die  $H_1$  verworfen.

5.19 Hypothesentest: Inanspruchnahme zusätzliches Angebot der PSD Burgenland und Psychopathologie/ Symptomatologie der körperlichen und psychischen Beschwerden der Symptom-Checkliste (SCL-90®) – „*severity syndrom index* (GSI)“

**H<sub>0</sub> (19.1):** Es besteht kein Unterschied hinsichtlich der Inanspruchnahme zusätzlicher Dienste der PSD Burgenland hinsichtlich der Veränderung der Symptombelastung des globalen Kennwertes der psychischen Belastung (GSI) der SCL-90®-S zwischen den zwei Testzeitpunkten unter Konstanthaltung des Ausgangswertes.

Zur Überprüfung ob ein Unterschied zwischen der Inanspruchnahme zusätzlicher Dienste der PSD Burgenland hinsichtlich der Veränderung der Gesamt-Symptombelastung (GSI) zwischen dem ersten (vor Therapiebeginn) und dem letzten Testzeitpunkt (nach mindestens acht Wochen) unter Konstanthaltung des Ausgangswertes besteht, wurde eine Kovarianzanalyse (ANCOVA) angewandt.

Tabelle 14: Ergebnisse der Kovarianzanalysen zum Vergleich der Veränderung in den Skalen der Symptom-Checkliste (SCL-90®): der Gesamtindexe „global severity index (GSI), positive symptom distress index (PSDI), positive symptom total (PST)“ in Abhängigkeit von Geschlecht, Medikamenteneinnahme, Inanspruchnahme zusätzlicher PSD-Leistungen und Diagnosen unter Konstanthaltung der jeweiligen Ausgangswerte

Hypothesennummer	AV	UV	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i> -Wert	Effektstärke partielles $\eta^2$
15	diff_GSI	Geschlecht	0.67	1;43	.417	.02
16	diff_PSDI	Geschlecht	0.64	1;43	.428	.02
17	diff_PST	Geschlecht	0.27	1;43	.604	.01
18	diff_GSI	Medikamenteneinnahme	0.83	1;43	.367	.02
19	diff_GSI	Inanspruchnahme PSD	0.12	1;43	.732	.00
20	diff_GSI	Diagnose	0.18	1;41	.676	.00

*AV: abhängige Variablen - Symptom-Checklist (Differenz SCL (GSI): global severity index; Differenz SCL (PSDI): Symptom-Checklist: positive symptom distress index; Differenz SCL (PST): Symptom-Checklist: positive symptom total (PST); UV: unabhängige Variablen (Geschlecht; Medikamenteneinnahme; Inanspruchnahme zusätzlicher Therapieleistungen der Psychosozialen Dienste Burgenland, Diagnosen); F: F-Test; df: degrees-of-freedom (Freiheitsgrade); p-Wert; Effektstärke: partielles Eta-Quadrat:  $\eta^2$*

**Ergebnis der Hypothesentestung:** Wie aus der Tabelle 14 ersichtlich, gibt es keinen Unterschied zwischen der Inanspruchnahme zusätzlicher Leistungen der PSD Burgenland hinsichtlich der Veränderung der Symptombelastung des globalen Kennwertes der psychischen Belastung (GSI) der SCL-90®-S ( $F(1; 43) = 0.12, p = .732$ , partielles  $\eta^2 = .00$ ) zwischen den zwei Testzeitpunkten unter Konstanthaltung des Ausgangswertes. Daher wird die  $H_0$  beibehalten und die  $H_1$  verworfen.

5.20 Hypothesentest: Diagnose und Psychopathologie/ Symptomatologie der körperlichen und psychischen Beschwerden der Symptom-Checkliste (SCL-90®) – „*geverity syndrom index* (GSI)“

**$H_0$  (20.1):** Es besteht kein Unterschied hinsichtlich der Diagnose hinsichtlich der Veränderung der Symptombelastung des globalen Kennwertes der psychischen Belastung (*geverity syndrom index*: GSI) der SCL-90®-S zwischen den zwei Testzeitpunkten unter Konstanthaltung des Ausgangswertes.

Zur Überprüfung ob ein Unterschied zwischen der Diagnose hinsichtlich der Veränderung der Gesamt-Symptombelastung (GSI) zwischen dem ersten (vor Therapiebeginn) und dem letzten Testzeitpunkt (nach mindestens acht Wochen) unter Konstanthaltung des Ausgangswertes besteht, wurde eine Kovarianzanalyse (ANCOVA) angewandt.

**Ergebnis der Hypothesentestung:** Wie aus der Tabelle 14 ersichtlich, gibt es keinen Unterschied zwischen den Diagnosen hinsichtlich der Veränderung der Symptombelastung des globalen Kennwertes der psychischen Belastung (GSI) der SCL-90®-S ( $F(1; 41) = 0.18, p = .676$ , partielles  $\eta^2 = .00$ ) zwischen den zwei Testzeitpunkten unter Konstanthaltung des Ausgangswertes. Daher wird die  $H_0$  beibehalten und die  $H_1$  verworfen.

## 6 Zusammenfassung der Ergebnisse

In diesem Kapitel wird auf die inferenzstatistischen Ergebnisse (Siehe Kapitel 5; Tabelle 12; Tabelle 13 und Tabelle 14) und die deskriptiven Ergebnisse der explorativen Fragestellungen (Siehe Kapitel 3.1) und auf die Freitexte (Siehe Anhang E) dieser NADA-Untersuchungsstudie eingegangen.

Die PSD Burgenland (Jennersdorf, Güssing, Oberwart und das Sozialpsychiatrische Ambulatorium Mattersburg) verzeichnen seit 2017 bis 2022 bei Inanspruchnahme einzelner und/oder mehrerer multimodaler sozialpsychiatrischer Behandlungs- und Therapieangebote der PSD Burgenland insgesamt einen Geschlechtertrend zugunsten des weiblichen Geschlechts (Siehe Abbildung 35). Betrachtet man explizit die Verteilung der Geschlechteranteile hinsichtlich des angebotenen standardisierten komplementären NADA-Protokolls im Rahmen dieser Studie, kann die Tendenz zum weiblichen Anteil mit 76% durchaus bestätigt werden (Siehe Kapitel 4.1; Abbildung 13). Hinsichtlich der Veränderung der Symptombelastung des globalen Kennwertes der psychischen Belastung (GSI), gemessen mithilfe der Symptom-Checkliste (SCL-90®), unter Konstanthaltung des Ausgangswertes, wurde im Rahmen der Studie kein Geschlechterunterschied nachgewiesen. Die körperlichen und psychischen Beschwerden (*geverity syndrom index*: GSI:  $p = < .001$ ) haben sich bei beiden Geschlechtern zwischen den zwei Messzeitpunkten ( $T_1 - T_2$ ) mit einem starken Effekt signifikant verbessert (Siehe Kapitel 5.1).

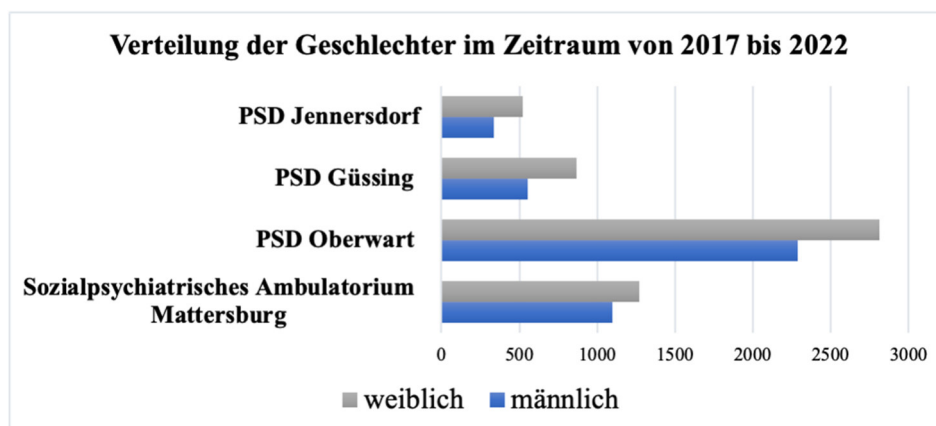


Abbildung 35: PSD-Geschlechtsunterschiede-GESAMT im Zeitraum von 2017 bis 2022

Die Veränderung in der Symptombelastung des globalen Kennwertes der psychischen Belastung (GSI), zeigte sich unter Konstanthaltung des Ausgangswertes (Siehe Kapitel 5.20) auch unabhängig von den Diagnosestellungen. Die Ergebnisse zwischen den zwei Testzeitpunkten weisen geschlechtsunabhängig sowohl auf eine Reduktion der Antwortintensitäten (*positive symptom distress index*: PSDI:  $p = < .001$ ) mit einem großen Effekt, als auch auf eine Reduktion der Anzahl der belastenden Symptome (*positive symptom total*: PST:  $p = < .001$ ) mit einem mittleren Effekt hin (Siehe Kapitel 5.2 und Kapitel 5.3). Keine Effekte konnten zwischen den Testzeitpunkten hinsichtlich der Symptombelastung des globalen Kennwertes der psychischen Belastung (GSI) der SCL-90® unter Konstanthaltung des Ausgangswertes, unabhängig von einer begleitenden psychopharmakologischen Therapie sowie auch unabhängig von einer Inanspruchnahme zusätzlicher Leistungs- bzw. Therapieangeboten des PSD Burgenlands (Siehe Kapitel 5.18 und Kapitel 5.19) gefunden werden. Bei den Vorher-nachher-Vergleichen zeigten sich signifikante Verbesserungen mit kleinen (schwachen) Effekten von insgesamt sechs Subskalen der Symptom-Checkliste (SCL-90®): „Somatisierung (SOMAT), Zwanghaftigkeit (ZWANG), Unsicherheit im Sozialkontakt (UNSI), Depressivität (DEPR), Ängstlichkeit (ANGST) und phobische Angst (PHOB)“ (Siehe Kapitel 5; Tabelle 13). Das Stressempfinden, bzw. die subjektive Wahrnehmung und Verarbeitung von Stress und Belastungssituationen im Alltag, erfasst durch die Perceived Stress Scale (PSS-10:  $p = < .001$ ), ergab eine signifikante Verbesserung mit einem großen (starkem) Effekt zwischen dem ersten ( $T_1$ ) und dem zweiten Messzeitpunkt ( $T_2$ ) (Siehe Kapitel 5.4). In der Selbstbeurteilung der depressiven Symptomatik und dem Grad der Ausprägung, die mithilfe der Allgemeinen Depressionsskala (ADS-L:  $p = < .001$ ) erfasst wurde, zeigte sich eine weitere signifikante Verbesserung mit einem großen Effekt (Siehe Kapitel 5.5) des Gesamt-Scores zwischen den beiden Messzeitpunkten ( $T_1 - T_2$ ), welche sich mit einer Verbesserung der Testergebnisse der Subskala „Depressivität“ (Siehe Kapitel 5.9) der SCL-90® deckt.

Die explorativen Fragestellungen (Siehe Kapitel 3.1) und die Möglichkeit in Freitexten eigene Gedanken, Wünsche, Anregungen, etc. zum „Thema des komplementären NADA-Protokolls“ mitzuteilen, ergaben folgende Aussagen.

Insgesamt geben 59% der Befragten an, dass sie sehr viel, 32% viel und 9% mäßig, von komplementärmedizinischen Behandlungsmethoden in der Sozialpsychiatrie halten und sie diesen gegenüber mit Zuversicht entgegenblicken. Sätze, wie beispielsweise „diese Methoden haben sich in anderen Ländern über eine lange Zeit bewährt“, „wir Menschen sollten ganzheitlicher gesehen werden“, „man kann nicht so große Probleme auch ohne Chemie bewältigen und oft ist das Zusammenspiel eine Lösung“, die in Freitextfenstern standen, erlauben einen persönlichen Einblick in die Haltung unserer Patient:innen (Siehe Abbildung 37). Dies kann in der Behandlung eine entscheidende Rolle spielen.

87% der befragten Personen gaben an, dass sich das subjektiv empfundene Stressempfinden (Siehe Kapitel: 4.1; Abbildung 16) und die subjektiv empfundene körperliche Anspannung (Siehe Kapitel: 4.1; Abbildung 17), unmittelbar nach der NADA-Therapie, wesentlich verändert haben. Diese Ergebnisse decken sich mit dem Ergebnissen der signifikanten Verbesserung des subjektiven Stressempfindens, gemessen anhand der Perceived Stress Scale (PSS-10) (Siehe Kapitel 5.4) und der signifikanten Verbesserung der körperlichen und psychischen Beschwerden gemessen anhand der Symptom-Checkliste (SCL-90®) des globalen Kennwertes (*geverity syndrom index: GSI*) (Siehe Kapitel 5.1). Um die individuelle Bedeutsamkeit des komplementären NADA-Protokolls widerzuspiegeln sei folgendes Zitat aus dem Freitextfenster anzuführen: „Wenn man im inneren „aufgewühlt“ ist, kann man dadurch seinen inneren Frieden wieder finden.“ Zudem zeigte sich bei 59% der Probanden eine subjektiv empfundene Verbesserung von Nebendiagnosen, wie die Störung des zirkadianen Rhythmus (Schlafstörung; Siehe Abbildung 36).

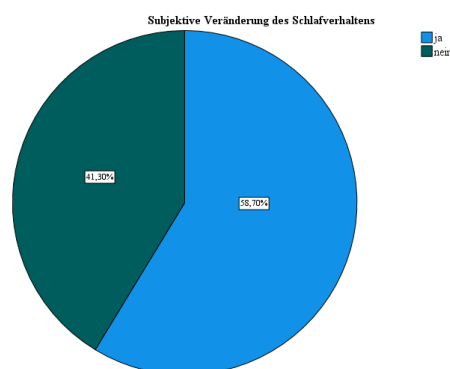


Abbildung 36: NADA-Studie: Subjektive Veränderung des Schlafverhaltens



Therapeut:in in Sicherheit; ein Dank an die/den NADA-Therapeut:in für die Mühe und die einwandfreie Betreuung; habe großes Vertrauen in die/den NADA-Therapeut:in und die/der NADA-Therapeut:in hat eine sympathische, angenehme Art“. Auch die Anwesenheit der/des NADA-Therapeut:in im Gruppenraum ist als wichtig einzustufen (Siehe Kapitel 4.1; Abbildung 19). Der Abschluss des standardisierten komplementären NADA-Protokolls und das gemeinsame Trinken des NADA-Tee´s wird als sehr wichtiger Faktor beschrieben (Siehe Kapitel 4.1; Abbildung 20).

## 7 Diskussion

Bei komplementärmedizinischen Interventionen handelt es sich teilweise weiterhin um ein umstrittenes Thema. Das komplementäre NADA-Protokoll ist eine Ausnahme und wird zum Beispiel in fast allen österreichischen Universitätskliniken angewendet und zur wiederholten Nachschulung angefragt (Ots, 2023).

Ausgangspunkt der hier vorliegenden Masterthesis ist die Frage, welchen Beitrag das non-verbale, komplementäre NADA-Protokoll – als Teil eines multimodalen Therapiekonzepts der Psychosozialen Dienste Burgenland – in der modernen sozialpsychiatrischen, extramuralen, ambulanten Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Menschen leisten kann. Dieses Kapitel versucht auf die empirischen Fragestellungen (Siehe Kapitel 3.1) und explorativen Fragestellungen (Siehe Kapitel 3.2) einzugehen, die daraus gewonnenen Ergebnisse zu beantworten und zu diskutieren sowie auf die Limitationen dieser quasiexperimentellen Untersuchungsstudie hinzuweisen. Das Fazit stellt das Ende dieser Masterthesis dar.

Ziel dieser Untersuchungsstudie im Rahmen der Psychosozialen Dienste Burgenland (Jennersdorf, Güssing, Oberwart) und dem Sozialpsychiatrischen Ambulatorium Mattersburg war es zu eruieren, ob sich Unterschiede bei psychisch beeinträchtigten Menschen (diagnoseunspezifisch) vor und nach mindestens achtmal (oder mehr) hintereinander durchgeführten NADA-Therapie-Interventionen (Ohrakupunktur und/oder Ohrakupressur) nach dem standardisierten NADA-Protokoll hinsichtlich der körperlichen und psychischen Beschwerden (Symptomatologie), dem Stressempfinden und der Depressionsausprägung zwischen zwei Messzeitpunkten (Prä-Post-Test-Vergleichsstudie) abbilden lassen und um zu bewerten, inwiefern das komplementäre NADA-Protokoll einen grundlegenden Beitrag zum multimodalen sozialpsychiatrischen Therapieansatz leisten kann. Eine weitere Zielsetzung der Masterthesis war es zu bewerten, ob das Geschlecht, die psychopharmakologische Medikamenteneinnahme, die Inanspruchnahme zusätzlicher Behandlungs- und Therapieleistungen der Psychosozialen Dienste Burgenland und die Diagnose einen Unterschied hinsichtlich der Effekte auf die körperlichen und die psychischen Beschwerden (Symptomatologie) unter Konstanthaltung des Ausgangswertes aufweisen.

Die eingesetzten Messinstrumente werden in den Kapiteln 4.5.1, 4.5.2 und 4.5.3 näher beschrieben, wobei als primäre-Outcomes die grundsätzlichen körperlichen und psychischen Belastungen der Symptom-Checkliste (SCL-90®;  $\alpha = .97$ ; GSI: *geverity syndrom index*), die Intensität der Antworten (PSDI: *positive symptom distress index*) und die Anzahl der Symptome mit Belastung (PST: *positive symptom total*) und die einzelnen neun Subskalen „Somatisierung (SOMAT,  $\alpha = .88$ ), Zwanghaftigkeit (ZWANG,  $\alpha = .85$ ), Unsicherheit im Sozialkontakt (UNSI,  $\alpha = .80$ ), Depressivität (DEPR,  $\alpha = .89$ ), Ängstlichkeit (ANGST,  $\alpha = .84$ ), Aggressivität/ Feindseligkeit (AGGR,  $\alpha = .74$ ), Phobische Angst (PHOB,  $\alpha = .81$ ), Paranoides Denken (PARA,  $\alpha = .80$ ) und Psychotizismus (PSYCHOT,  $\alpha = .83$ ), das Stressempfinden (PSS-10,  $\alpha = .53$ ) und die Depressionsausprägung (ADS-L,  $\alpha = .91$ ) definiert wurden.

Als sekundäre Outcomes waren die Geschlechtsunterschiede hinsichtlich möglicher Veränderungen des „*geverity syndrom index*“ (GSI), des „*symptom distress index*“ (PSDI) und des „*positive symptom total*“ (PST) sowie Unterschiede hinsichtlich einer möglichen Gesamt-Symptombelastung („*geverity syndrom index*“: GSI) in Abhängigkeit der psychopharmakologischen Medikamenteneinnahme, der Inanspruchnahme zusätzlicher Therapieleistungen der Psychosozialen Dienste Burgenland und der Diagnose unter Konstanthaltung der Ausgangswerte definiert. Die für diese Untersuchungsstichprobe ermittelten Reliabilitäten der Fragebögen weisen laut Interpretation von Steiner (2003) eine mittelmäßige bis hohe interne Konsistenz auf und eignen sich daher als valide Testinstrumente (Siehe Kapitel 4.7.4).

Die Ergebnisse der durchgeführten Studie bestätigen die anfangs angenommenen primären Hypothesen, dass sich innerhalb der untersuchten Gruppe signifikante Unterschiede hinsichtlich der Gesamt-Symptombelastung (GSI), der Antwortintensitäten (PSDI) und der Anzahl der belastenden Symptome (PST) zwischen dem ersten (vor Therapiebeginn) und dem letzten Testzeitpunkt (nach mindestens acht Wochen NADA-Therapiebehandlung oder mehr) abbilden lassen und konnten mit mittleren bis großen Effekten bestätigt werden (Siehe Kapitel 5.1, 5.2. und 5.3; Tabelle 12). Der relativ kurze Erhebungszeitraum von mindestens achtmal oder mehr in Folge durchgeführten NADA-Therapie-Interventionen (Ohrakupunktur und/oder Ohrakupressur) spricht daher für ein

beachtliches Ergebnis und lässt die Vermutung zu, dass bereits acht Interventionen durch das komplementäre NADA-Protokoll ausreichend sind, um eine Verbesserung der erhobenen Zielparameter zu bewirken. In der vorliegenden Arbeit haben sich alle drei globalen Kennwerte der untersuchten Personen, erhoben anhand der Symptom-Checkliste (SCL-90®: Siehe Kapitel 4.5.1), zwischen dem ersten und zweiten Messzeitpunkt ( $T_1 - T_2$ ) signifikant verbessert.

Dieses Ergebnis zeigt auf, dass der Kennwert der Gesamt-Symptombelastung (GSI), definiert als die grundsätzliche psychische Belastung und dem prinzipiell eine besondere Bedeutung zugesprochen wird (Franke, 1992; Franke, 2001), in dieser durchgeführten Studie ein signifikantes Ergebnis aufweist, dem besondere Beachtung geschenkt werden sollte. Die in dieser Studie erhaltenen Werte werden mit den Ergebnissen der repräsentativen Eichstichprobe (Erwachsene Frauen versus Erwachsene Männer) durch die Transformation der Rohwerte in T-Werte vergleichbar gemacht, wobei der Mittelwert der Standardisierungsstichprobe bei 50, mit einer Standardabweichung von  $\pm 10$  liegt. In der vorliegenden Arbeit lassen sich zum ersten Messzeitpunkt ( $T_1$ ) bei 73% deutlich messbare, hohe bis sehr hohe T-Werte ( $\geq 60$ ) der grundsätzlichen psychischen Belastung (GSI), bei 57% deutlich messbare, hohe bis sehr hohe T-Werte ( $\geq 60$ ) bei der Intensität der Antworten (PSDI) und bei 69% hohe bis sehr hohe T-Werte ( $\geq 60$ ) bei der Anzahl an belastenden Symptomen (PST) durch die Symptom-Checkliste (SCL-90®), interpretiert nach Franke (2001; 2002), ermitteln. Es konnte somit in dieser Arbeit festgestellt werden, dass sich bei den untersuchten Personen einerseits die grundsätzliche psychische und körperliche Belastung im Allgemeinen, die damit einhergehende Antwortintensität und die Anzahl an belastenden Symptomen deutlich reduziert haben. Werden die neun Subskalen der Symptom-Checkliste (SCL-90®) zwischen dem ersten und zweiten Messzeitpunkt ( $T_1 - T_2$ ) näher betrachtet, konnten bei sechs Subskalen „Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit und phobische Angst“ ebenso signifikante Unterschiede mit schwachen Effekten nachgewiesen werden (Siehe Kapitel 5.6 bis einschließlich 5.14; Tabelle 13). Nicht bestätigt werden konnte ein statistischer Unterschied der Subskala Aggressivität/Feindseligkeit, der bei einer vorangegangenen Beobachtungsstudie der Autor:innen Schönegger & Ots (2013) zwar nicht signifikant, aber dennoch deutlich

angestiegen war. Keine Unterschiede konnten bei den Subskalen Paranoides Denken und Psychotizismus festgestellt werden.

Außerdem ließen sich bei weiteren Ergebnissen der primären Hypothesen feststellen, dass sich zum ersten Messzeitpunkt ( $T_1$ ) bei 90% mittelhohe bis hohe Werte des Gesamtscores interpretiert nach Costa et al. (2021) hinsichtlich der Stressbelastung und bei 63% klinisch relevante Ergebnisse einer Depressionssymptomatik ( $\geq 23$  Punkte) interpretiert nach Hautzinger und Bailer (1993) erheben lassen. Somit konnten auch die Vorher-nachher Vergleiche von signifikanten Veränderungen der Stressbelastung bzw. des Stressempfindens und der Depressionsausprägung innerhalb der untersuchten Gruppe mit großen Effekten bestätigt werden (Siehe Kapitel 5.4 und 5.5; Tabelle 12). Das Stresserleben ist somit nicht nur bei 87% der untersuchten Personen direkt nach der NADA-Therapie-Intervention deutlich reduziert, sondern spiegelt sich für das psychiatrische Patient:innenkollektiv auch in einem wahrnehmbaren weniger stark ausgeprägtem Stressempfinden im Alltag wider. Eine Studie von Reilly et al. (2014) zum Nachweis der Reduktion des Zielparameters Stress – steht mit diesen Ergebnissen ebenfalls im Einklang.

Die Outcomes hinsichtlich der Depressionsausprägung respektive der Depressionstiefe zeigen ebenso bedeutende Verbesserungen in den Gesamtscores. Dieses Resultat deckt sich auch mit dem Ergebnis der Subskala „Depressivität“ der Symptom-Checkliste (SCL-90®). Auf Basis dieses Ergebnisses lässt sich ableiten, dass sich die in dieser Studie untersuchten psychisch beeinträchtigten Personen zwischen den zwei Messzeitpunkten ( $T_1 - T_2$ ) als weniger depressiv einschätzen. Eine Studie mit einem gerontopsychiatrischen Patient:innenkollektiv der Autor:innen Geib et al. (2017) konnte auch signifikante Verbesserungen in der Selbst- und Fremdbeurteilung der depressiven Symptomatik ( $p < .001$ ) nachweisen. Die Autor:innen de Lorent et al. (2016) zeigten in einer Wirksamkeitsstudie auf, dass durch den Einsatz des komplementären NADA-Protokolls Menschen mit Major Depressionen oder Angststörungen im Vergleich zur Progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson signifikante Verbesserungen der erfassten Zielparameter, unabhängig der beiden Behandlungen, aufweisen. Auch Reilly et al. (2014) konnten von einer Verbesserung des Zielparameters Angst berichten. Eine weitere Studie der Autor:innen Buchanan et al. (2018) zeigte eine Verbesserung der Eigenschafts-

und Zustandsängste bei psychisch beeinträchtigten Personen auf. Diese Beobachtungen decken sich mit dem Ergebnis dieser Studie hinsichtlich der Subskalen „Ängstlichkeit“ und „Phobische Angst“ der Symptom-Checkliste (SCL-90®). Beide Kennwerte weisen möglicherweise auf eine Verbesserung der ängstlichen und phobischen Tendenzen hin, wodurch sich die Vermutung ergibt, dass das standardisierte komplementäre NADA-Protokoll, als non-verbales Gruppensetting, einen wesentlichen Bestandteil in der Reduktion von angstähnlichen Symptomen hat und dazu beiträgt soziale Unsicherheiten abzuschwächen. Die untersuchten Personen gaben an, dass das non-verbale Gruppensetting, das gemeinsame Schweigen sowie die stetige Anwesenheit der/des NADA-Therapeut:in im Behandlungsraum eine für sie sehr wichtige Rolle spielt: die Vermittlung von Sicherheit und der Aufbau einer vertrauensvollen tragfähigen therapeutischen Allianz durch dieselbe/denselben NADA-Therapeut:in.

Der Abschluss der standardisierten komplementären NADA-Therapie ist die Option des gemeinsamen Trinkens des NADA-Tees vor der Türe des Behandlungsraumes. Die bietet eine Möglichkeit für die Patient:innen ohne jeglichen Zwang und Druck mit anderen Personen in Kontakt zu treten, sich auszutauschen und seine „Kolleg:innen“, wie es eine der befragten Personen nannte, zu treffen.

Die sekundären Hypothesen, dass das Geschlecht eine Bedeutung hinsichtlich der Veränderung der Gesamt-Symptombelastung (GSI), der Veränderung der Antwortintensität (PSDI) und der Veränderung der Anzahl der belastenden Symptome (PST) unter Konstanthaltung des Ausgangswertes hat, konnten nicht bestätigt werden (Siehe Kapitel 5.15, 5.16 und 5.17; Tabelle 14). Trotz des ungleichen Geschlechteranteils mit deutlichem Trend in Richtung des weiblichen Geschlechts mit 76% im Vergleich zum männlichen Anteil von 24%, konnte kein statistischer Unterschied hinsichtlich der o.g. Zielparameter gefunden werden. Dieses Ergebnis deckt sich mit der Annahme der Autorin dieser Masterthesis, dass unabhängig des Geschlechts signifikante Ergebnisse der globalen Kennwerte der Symptom-Checkliste (SCL-90®) zu erwarten waren und in dieser Arbeit bestätigt wurden.

Von großem Interesse ist das Ergebnis einer weiteren sekundären Hypothese, dass die psychopharmakologische Medikamenteneinnahme einen Einfluss auf die Veränderung

der Gesamt-Symptombelastung (GSI) zwischen dem ersten (vor Therapiebeginn) und dem letzten Testzeitpunkt (nach mindestens acht Wochen NADA-Therapiebehandlung oder mehr) unter Konstanzhaltung des Ausgangswertes hat. Dies konnte nicht bestätigt werden (Siehe Kapitel 5.18; Tabelle 14). Dieses Ergebnis lässt darauf schließen, dass unabhängig davon ob die untersuchten Personen psychopharmakologische Medikamente einnahmen oder nicht, sich bei beiden Gruppen deutliche Verbesserungen der grundsätzlichen psychischen Belastung nachweisen lassen. Dies lässt die Vermutung zu, dass das komplementäre NADA-Protokoll ein vielversprechender Behandlungsansatz im psychiatrischen Setting ist (Schönegger & Ots, 2013), einen wesentlichen Beitrag zur Wiederherstellung der inneren Selbstheilungskräfte und zur Regulation von Störungen des Wohlbefindens beiträgt (Ots, Payer & Haas, 2001) und eine psychovegetative Stabilisierung bei gleichzeitig entspannter Wachheit herbeiführt (Hase & Hase, 2014). Es kann somit angenommen werden, dass das komplementäre NADA-Protokoll mit seiner einfachen Anwendung einen überwiegend nebenwirkungsfreien und komplikationslosen Beitrag in der sozialpsychiatrischen Arbeit leisten kann. Dies ist natürlich abhängig vom Schweregrad einer psychischen Beeinträchtigung bzw. Erkrankung und dessen Notwendigkeit einer psychopharmakologischen Therapie zu berücksichtigen.

Darüber hinaus konnte nicht bestätigt werden, dass die Inanspruchnahme zusätzlicher Behandlungs- und Therapieleistungen der Psychosozialen Dienste Burgenland einen Einfluss auf die Veränderung der Gesamt-Symptombelastung (GSI) unter Konstanzhaltung des Ausgangswertes hat (Siehe Kapitel 5.19; Tabelle 14). Dieses Ergebnis ist ebenso wenig überraschend und bestätigt die Annahme der Autorin dieser Masterthesis, dass der Einsatz des standardisierten NADA-Protokolls als Indikation in seiner Vielfältigkeit und dessen enorm breitgefächerten Indikationen bei unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen und Settings als wirksam einzustufen ist.

Eine weitere sekundäre Hypothese, dass die Diagnose eine Rolle bei der Veränderung der Gesamt-Symptombelastung (GSI) unter Konstanzhaltung des Ausgangswertes spielt, konnte ebenfalls nicht bestätigt werden (Siehe Kapitel 5.20; Tabelle 14). Dieses Ergebnis spricht für die Annahme und bestätigt, dass das komplementäre NADA-Protokoll diagnoseunspezifisch eingesetzt werden kann, was sich auch bei Studien zu unterschiedlichen psychiatrischen Diagnosen und deren Symptomatologien zeigte

(Olsson & Landgren, 2020; Hase, 2019; Olshan et al., 2019; Buchanan et al., 2018; Ahlberg et al., 2016; Röbe, 2016; Hase & Balmcada, 2015; Helms et al., 2011; Raben, 2011; Yarberr, 2010). Es existieren keine Kontraindikationen.

Der überwiegende Teil der erfassten Zielparameter weisen auf signifikante Prä-Post-Verbesserungen und mögliche Benefits hin und die zukünftige Beforschung einzelner Prädiktoren der Wirksamkeit sowie die Durchführung von Vergleichsanalysen erlauben eine exaktere Aussage über die Outcome-Forschung des komplementären NADA-Protokolls (Ots, 2017). Aufgrund der schnell wachsenden komplementären NADA-Therapieform, welche eben eine breitgefächerte Indikation aufweist, entsteht jedoch teilweise ein uneinheitliches Bild hinsichtlich der Forschung. Anhand der bisherigen Datenlage und klinischen Erfahrungen in der Anwendung sowie der insgesamt geringen Anzahl an evidenzbasierten Studien zum komplementären NADA-Protokoll legt einen Bedarf an empirisch und methodisch gut durchgeführten klinischen Wirksamkeitsstudien unter Realbedingungen und das Erfassen von unspezifischen Effekten nahe, die für einen substanziellen Erkenntnisgewinn in diesem Bereich gerechtfertigt und wünschenswert sind und zu weiteren Studien im ambulanten sozialpsychiatrischen Setting anregen.

Die Autor:innen Stuyt et al. (2018) betonen:

„The National Acupuncture Detoxification Association (NADA) protocol, a simple standardized auricular treatment has the potential to provide vast public health relief on issues currently challenging our world” (Stuyt et al., 2018, S. 1).

### **Limitationen der Untersuchungsstudie**

Folgender Abschnitt geht auf die Limitationen und Kritikpunkte der Untersuchungsstudie ein, die bei der Interpretation der Ergebnisse mitbedacht werden sollten.

Einschränkend muss vorrangig erwähnt werden, dass es sich bei dieser durchgeführten quasiexperimentellen Untersuchungsstudie einerseits um keine Wirksamkeitsstudie handelt und andererseits auf eine Kontrollgruppe verzichtet wurde. Der Verzicht auf eine Kontrollgruppe kann eine Konfundierung der Interventionswirkung mit der Wirkung anderer auftretender Faktoren nicht ausschließen und wird irrtümlicherweise auf die

Intervention attribuiert (Hager, Patry & Brezing, 2000), sodass zumindest im Rahmen dieser durchgeführten Studie gesagt werden kann, dass durch das komplementäre NADA-Protokoll im Erhebungszeitraum August bis Dezember 2022 in den PSD Beratungs- und Behandlungsstandorten Jennersdorf, Güssing, Oberwart und dem Sozialpsychiatrischen Ambulatorium Mattersburg keine Verschlechterung hinsichtlich der erhobenen Zielparameter bei den Proband:innen nachgewiesen werden konnte.

Eine Wartekontrollgruppe im Sinne einer „klassischen Kontrollgruppe“ ist in der sozialpsychiatrischen Versorgung psychisch beeinträchtigter Menschen in diesem Kontext fraglich, nur schwer realisierbar und aus Sicht der Autorin dieser Diplomarbeit ethisch nicht vertretbar. Als Ersatz oder als Ausgleich zu einer Wartekontrollgruppe können die Bildung der jeweiligen zwei Gruppen (Geschlecht, psychopharmakologische Medikamenteneinnahme, Inanspruchnahme zusätzlicher Therapieleistungen der PSD Burgenland und Diagnosen) als feste Faktoren innerhalb der untersuchten Gruppe bei der Berechnung der Kovarianzanalysen dieser Arbeit herangezogen werden, die im direkten Vergleich miteinander keine Unterschiede hinsichtlich der Veränderung der Zielparameter (*geverity syndrom index* (GSI), *positive symptom distress index* (PSDI) und *positive symptom total* (PST) unter Konstanthaltung der Ausgangswerte aufweisen und somit für eine vermutete „Wirksamkeit“ des komplementären NADA-Protokolls sprechen können. Als weitere Limitation sind die Einbußen einer Vergleichbarkeit zu verzeichnen, da es nur begrenzt bis keine derartigen Vergleichsstudien zum Thema des komplementären NADA-Protokolls, als Teil eines multimodalen Therapiekonzepts in der extramuralen, ambulanten modernen sozialpsychiatrischen Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Menschen existieren und somit auch keine statistischen Vergleichswerte vorliegen. Die Ergebnisse dieser Studie verzeichnen somit ohne einen direkten Vergleich zu anderen Studien eine eingeschränkte Interpretation. Die Vergleichbarkeit innerhalb von Akupunkturstudien scheint jedoch ein grundlegendes Problem zu sein und wurde von vielen Autor:innen beschrieben (de Lorent et al., 2016; Errington-Evans, 2012; Pilkington, 2010; Halbreich, 2008). Weiterhin ist einschränkend zu erwähnen, dass es sich bei der erhobenen Stichprobe um eine ungleiche Geschlechterverteilung mit einem Frauenanteil von 76% und nur 24% Männeranteil handelt. Wobei es ein generelles Phänomen ist, dass zu den wesentlichsten Prädiktoren bei Inanspruchnahme von Komplementärmaßnahmen das weibliche Geschlecht, ein höheres Bildungsniveau und

ein besserer ökonomischer Status zählen (Shmueli & Shuval, 2006; MacPherson, Sinclair-Lian & Tomas, 2006), aber komplementärmedizinische Behandlungen mittlerweile eine hohe Akzeptanz in der deutschen Bevölkerung besitzen (Irnich, Bäumler & Hanley, 2019). Geschlechterspezifische Unterschiede sind bei der Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsangebote im Allgemeinen festzustellen. Medizinische Behandlungen werden weniger häufig von Männern als von Frauen in Anspruch genommen (Bertakis, Azari, Helms, Callahan & Robbins, 2000; Ladwig, Marten-Mittag, Formanek & Dammann, 2000). Für eine mangelnde Inanspruchnahme psychosozialer und medizinischer Versorgungsangebote bei psychisch beeinträchtigten Männern werden das Bedürfnis nach emotionaler Kontrolle und Scham diskutiert (Yousaf, Popat & Hunter, 2015), wobei bei Männern die Bedeutung der Scham im Vordergrund steht (Doherty & Kartalova-O’Doherty, 2010). Daraus lässt sich schließen, dass das non-verbale komplementäre NADA-Protokoll als erste in Anspruch genommene Intervention wegen seiner non-verbalen Kommunikation innerhalb des Behandlungssettings gerade für Männer eine ausgezeichnete Basis zur Bereitschaft einer zukünftigen Inanspruchnahme von sozialpsychiatrischen Behandlungs- und Therapieangeboten bieten kann. Das Untersuchungsdesign stellt eine weitere Limitation dar. Ursprünglich war es geplant, dass diese Untersuchungsstudie über einen mindestens sechsmonatigen Erhebungszeitraum angelegt wird, um einerseits bedeutend mehrere Zielparameter erheben zu können und andererseits von einer größeren Stichprobe auszugehen. Zudem war geplant in einer Follow-Up Erhebung (3 Monate nach Beenden der NADA-Therapie-Intervention durch die Ohrakupunktur bzw. Ohrakupressur) die Stabilität eines möglichen Behandlungserfolges zu erheben. Dies ist bisher nur eingeschränkt, bis gar nicht untersucht. Die Katamnese-Erhebung des komplementären NADA-Protokolls im ambulanten, multimodalen, sozialpsychiatrischen Versorgungskonzept der Psychosozialen Dienste Burgenland wäre von sehr großem Interesse gewesen. Aufgrund der SARS-COVID-19-Pandemie, den damit einhergehenden Lockdowns österreichweit, sowie dem sofortigen Einstellen aller Gruppensettings in den Psychosozialen Diensten Burgenland konnte das ursprüngliche Untersuchungsdesign nicht durchgeführt werden und wurde somit verworfen.

## 8 Fazit

*„Ich glaube daran, dass das größte Geschenk, das ich von jemanden empfangen kann, ist, gesehen, gehört, verstanden und berührt zu werden. Das größte Geschenk, das ich geben kann, ist den anderen zu sehen, zu hören, zu verstehen und zu berühren. Wenn dies geschieht, entsteht Kontakt.“*

(Virginia Satir zitiert nach Epperlein-Trümmer, 2022, S. 153)

Langzeitstudien ergeben eine Prävalenz von 25–30% psychischer Symptome und Erkrankungen im Lebenslauf (Wittchen et al., 2011), jedoch nur 30% der Betroffenen werden davon im kassenfinanzierten Hilffsystem vorstellig (Löffler-Stastka & Hochgerner, 2021). Die zentrale Botschaft der European Commission (2005) lautet: „There is no health without mental health“ (S.4). **Keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit.** Angesichts der Größenordnung psychischer Beeinträchtigungen respektive Störungen und deren Komplexität und Vielfältigkeit lässt sich der zunehmende Handlungsbedarf erklären und dieser muss unbedingt gegeben sein (European Comission, 2005).

Das Burgenland verfügt gegenwärtig durch die Psychosozialen Dienste Burgenland Süd (Jennersdorf, Güssing und Oberwart) und Nord (Oberpullendorf, Mattersburg, Eisenstadt, Neusiedl) über ein flächendeckendes, extramural gut ausgebautes, auf Freiwilligkeit und Niederschwelligkeit beruhendes, modernes, multimodales, ambulantes und mobiles sozialpsychiatrisches Versorgungskonzept in der Behandlung von psychisch beeinträchtigten Menschen, die an einer oder mehreren komorbiden psychischen Störungen im Erwachsenenbereich leiden.

Das komplementäre NADA-Protokoll ist durch seine Einfachheit in der Anwendung mit Effizienz in das multimodale sozialpsychiatrische Therapiekonzept der Psychosozialen Dienste Burgenland integriert und stellt eine offensichtlich positive Bereicherung dar. Folglich ist es aus ökonomischer Sicht eine bewährte, durchwegs komplikationslose, leicht durchführbare flexible, schnell wirksame, ergänzende, schnell wachsende und effiziente Behandlungsmethode bei psychisch beeinträchtigten Menschen und wird unterstützend zu schulmedizinischen Praktiken eingesetzt.

„**NADA has to be simple because everything else is so complicated**” (aus Guidepoints News, NADA-Winter-Issue, 2016). Durch eine wertfreie, wertschätzende, wohlwollende Begegnung der/des NADA-Therapeut:in baut sich ohne Druck und Konfrontation eine therapeutische Beziehung auf (Raben, 2019), den Menschen aus einer ganzheitlichen Sicht zu sehen und ihm auf vielen bewussten und unbewussten Ebenen eine Art von Sicherheit zu vermitteln. Die niederschwellige, non-verbale, non-konfrontative und entängstigende und auf Augenhöhe wie auch auf Freiwilligkeit beruhende Behandlungsmethode regt einen dazu an, in seinem Inneren etwas zu leisten (Raben, 2019). In der Literatur lassen sich nach aktuellem Wissensstand viele Vernetzungen von pathologischen und physiologischen Prozessen finden, die durch die gezielte Stimulierung der bis zu fünf standardisierten Ohrpunkte beeinflusst werden. Weidig (2012) betont, dass die Anwendung des komplementären NADA-Protokolls nicht nur die Akzeptanz fördert, sondern dass es sich sowohl auf der körperlichen, als auch auf der psychisch-geistigen Ebene auswirkt, ausgehend von dem inneren Spüren in meditativer Ruhe (Ots, 2013a). „**There are times when verbal intervention is trampling on the flowers. Non-verbal treatment is important because no trust is needed at first. Make people safe.**” (Michael Smith, International NADA Conference „Tools for Hope“, 29.05.2015, Oslo zitiert nach Raben, NADA-Reader, Österreich, 2015, S.55). Die korrekt gesetzten Nadeln oder „geperlten“ Magnetpflaster haben somit neben ihrer spezifischen Wirkung auch die Möglichkeit etwas in sich selbst anzuregen und in Gang zu setzen (Ots, 2013a).

Der Begründer der NADA-Therapie – Dr. Michael Smith – verstand es ein spezielles Band zwischen ihm als Therapeut und seinen Patient:innen zu knüpfen. Genannt als **NADA-Spirit** (NADA-Reader, Österreich, 2015). Der Aufbau und das Vertrauen einer therapeutischen Allianz haben einen beträchtlichen Einfluss auf die Linderung von psychischen und physischen Erkrankungen (Jäger & Jaspers, 2016). Somit ist der Umgang mit unseren Patient:innen und das Schaffen einer vertrauensvollen Basis – eine auf gegenseitige Wertschätzung aufbauende Beziehung – ein weiterer entscheidender Prädiktor, der Stärke vermittelt und Halt gibt (Weidig, 1998). Die eigene Überwindung von Abstand und die Erlaubnis der Kontaktaufnahme – non-verbal – durch eine behutsame Berührung der/des NADA-Therapeut:in. Durch die dritte Frage des

standardisierten NADA-Protokolls: „Darf ich Sie berühren?“, entsteht somit eine gezielte, therapeutische Berührung eines Menschen, welche unbewusste Reaktionen in Gang setzen und als Vertrauensvorschuss verstanden wird. „Es ist eine bekannte psychologische Tatsache, daß [sic!] Erwartungen sich in Handlungen und Verhalten begründen“, betonen die Autor:innen Schöl & Künsebeck (1984, S.122). Eine Mehrheit der deutschen Befragten spricht sich deutlich für eine Kombination aus schulmedizinischen und komplementärmedizinischen Versorgungskonzepten im psychiatrischen Kontext aus (Dobos et al., 2006). Demnach nehmen komplementärmedizinische Behandlungsmethoden sukzessive in der Bevölkerung im psychiatrischen Kontext an Beliebtheit zu und die Akzeptanz steigt nicht nur bei den Betroffenen selbst (Payer et al., 2007), sondern auch bei den NADA-Therapeut:innen (Geib et al., 2017) an. Aus diesem Grund ist es wichtig und notwendig, die Zuversicht und die Behandlungserwartungen an einen komplementären Therapieansatz von Klient:innen und NADA-Therapeut:innen stärker als bisher in das Blickfeld eines – nicht immer erklärbaren – Therapieerfolges zu rücken. Zahlreiche intraindividuelle Faktoren haben eine persönliche Bedeutung für Menschen und „ergeben, weitgehend unbewusst Sinn“ (Milz, 2019, S. 142). Der Mensch in seiner gesamten Komplexität – ein Bild des menschlichen Seins mit dem Körper und dessen Sinnen. Unser Körper ist Mittelpunkt, Werkzeug, Ausdrucksmittel und Bühne des Lebens. Es ist daher davon auszugehen, dass zahlreiche Faktoren einen hohen Stellenwert und für den Therapieerfolg relevante, gar entscheidende und maßgebliche Rollen spielen. „Vorstellungen der Menschen über ihren Körper, ihre Krankheit und deren Heilungsvermögen können erheblichen Einfluss auf deren Verlauf nehmen“ (Milz, 2019, S.142). Das Wiederherstellen einer Gleichheit miteinander wirkender interner und externer Kräfte.

„Was ist also dran an der Nadel? Nichts = NADA. Da ist etwas drin – in mir“ betont Ots (2013a, S.35). „Es ist ein Akt der Wiederbelebung“ (Milz, 2002 zitiert nach Ots, 2013a, S. 35).

Durch die Ergänzung des standardisierten, non-verbalen, komplementären NADA-Protokolls zu dem multimodalen Therapiekonzept der Psychosozialen Dienste Burgenland profitieren sowohl Personen, die zusätzliche Behandlungs- und

Therapieleistungen der PSD Burgenland in Anspruch nehmen, als auch Personen, die nur das standardisierte NADA-Protokoll als Mittel ihrer persönlichen Therapiewahl ansehen. Die signifikanten Verbesserungen der primären Zielparameter sind diagnoseunspezifisch feststellbar. Das komplementäre NADA-Protokoll ist unabhängig von einer pharmakologischen Therapie als effektiv einzustufen und stellt einen vielversprechenden Gruppenbehandlungsansatz dar, der auf die individuellen Bedürfnisse eines jeweiligen Menschen eingeht. So ist zu hoffen, dass die Implementierung der NADA-Therapie auch zukünftig als unbestrittener Bestandteil des extramuralen, multimodalen und ganzheitlichen Therapiekonzepts der Psychosozialen Dienste Burgenland forciert wird. Wünschenswert wäre es, dass der komplementäre Behandlungsansatz sukzessive in alle weiteren Psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstandorte der PSD Burgenland (Erwachsenenpsychiatrie) sowie im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Bereich der Sozialen Dienste Burgenland eingebettet wird, denn NADA ist wirksam, das steht außer Frage.

## 9 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Organisationsstruktur Psychosozialer Dienst Nord und Süd.....	4
Abbildung 2: Auf dem Kopf stehender Embryo.....	16
Abbildung 3: Innervation des äußeren Ohres (Rubach, 2000, S. 39) .....	22
Abbildung 4: Die Anatomie des Ohres (Rubach, 2000, S. 42).....	28
Abbildung 5: Die fünf NADA-Ohrpunkte (Rubach, 2000, S. 212).....	28
Abbildung 6: Akupunkturnadeln .....	34
Abbildung 7: Magnetzpflaster .....	34
Abbildung 8: Interventionen der NADA-Therapie des PSD Oberwart (2017 - 2022) ...	38
Abbildung 9: Interventionen der NADA-Therapie des PSD Jennersdorf (2017 - 2022)	38
Abbildung 10: PL-Leistungserfassung PSD Oberwart (2017 bis 2022).....	39
Abbildung 11: PL-Leistungserfassung PSD Jennersdorf (2017 bis 2022) .....	40
Abbildung 12: Gesamt NADA-Interventionen der PSD Burgenland im Zeitraum 2017 bis 2022.....	40
Abbildung 13: NADA-Studie: Geschlechtsverteilung.....	62
Abbildung 14: NADA-Studie: Alter in Jahren.....	63
Abbildung 15: Ohrakupunktur versus Ohrakupressur .....	64
Abbildung 16: Veränderung des Stressempfindens .....	64
Abbildung 17: Veränderung der körperlichen Anspannung .....	65
Abbildung 18: NADA-Studie: Rolle der/des NADA-Therapeut:in.....	65
Abbildung 19: NADA-Studie: Anwesenheit NADA-Therapeut:in im Gruppenraum....	66
Abbildung 20: NADA-Studie: Rolle des NADA-Tees.....	66
Abbildung 21: Histogramm der Differenzen der Allgemeinen Depressionsskala (ADS) .....	78
Abbildung 22: Histogramm der Differenzen der Perceived Stress Scale 10 (PSS-10)...	79
Abbildung 23: Histogramm der Differenzen der Symptom-Checklist (SCL-90®-S) –	79
Abbildung 24: Histogramm der Differenzen der Symptom-Checklist (SCL-90®-S) –	80
Abbildung 25: Histogramm der Differenzen der Symptom-Checklist (SCL-90®-S) –	80
Abbildung 26: Histogramm der Differenzen der Subskala „Somatisierung (SOMAT)“	82
Abbildung 27: Histogramm der Differenzen der Subskala „Zwanghaftigkeit (ZWANG)“ .....	82

Abbildung 28: Histogramm der Differenzen der Subskala „Unsicherheit im Sozialkontakt (UNSI)“ der Symptom-Checklist (SCL-90®-S).....	83
Abbildung 29: Histogramm der Differenzen der Subskala „Depressivität (DEPR)“ .....	83
Abbildung 30: Histogramm der Differenzen der Subskala „Ängstlichkeit (ANGST)“..	84
Abbildung 31: Histogramm der Differenzen der Subskala „Aggressivität/ Feindseligkeit (AGGR)“ der Symptom-Checklist (SCL-90®-S).....	84
Abbildung 32: Histogramm der Differenzen der Subskala „Phobische Angst (PHOB)“ .....	85
Abbildung 33: Histogramm der Differenzen der Subskala „Paranoides Denken (PARA)“ der Symptom-Checklist (SCL-90®-S).....	85
Abbildung 34: Histogramm der Differenzen der Subskala „Psychotizismus (PSYCH)“ .....	86
Abbildung 35: PSD-Geschlechtsunterschiede-GESAMT im Zeitraum von 2017 bis 2022 .....	110
Abbildung 36: NADA-Studie: Subjektive Veränderung des Schlafverhaltens .....	112
Abbildung 37: Word-Sentence-Cloud zum komplementären NADA-Protokoll (Freitexte) .....	113

## 10 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der Diagnose-Kategorien der psychischen Störungen im ICD-10 ..6	
Tabelle 2: Wichtige emotiosomatische Beziehungen der Akupunktur im Allgemeinen (adaptiert nach Frass et al., 2017, S. 1256).....27	27
Tabelle 3: Der Behandlungsablauf des standardisierten NADA-Protokolls..... 32	32
Tabelle 4: Die Eigenschaften der fünf Kräuter des NADA-Tees (NADA-Skriptum, 2022) .....35	35
Tabelle 5: PL-Nummern der NADA-Therapie des PSD Oberwart (2017-2022) .....37	37
Tabelle 6: PL-Nummern der NADA-Therapie des PSD Jennersdorf (2017 - 2022).....37	37
Tabelle 7: Literatursuche Pubmed „NADA + ...“ .....41	41
Tabelle 8: Darstellung der neun Skalen der Symptom-Checklist (SCL-90®-S).....69	69
Tabelle 9: Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung für die Skalen Allgemeine Depressionsskala (ADS-L), Perceived Stress Scale-10 (PSS-10), Symptom-Checklist (SCL-90®-S) und die Gesamtindexe (GSI, PSDI, PST) ..... 81	81
Tabelle 10: Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung für die neun Subskalen der Symptom-Checkliste (SCL-90®-S)..... 87	87
Tabelle 11: Überprüfung der Voraussetzung zur Berechnung der Kovarianzanalysen (homogene Varianzen und Homogenität der Steigung der Regressionsgeraden) der unabhängigen Variablen Geschlecht, Medikamenteneinnahme, Inanspruchnahme zusätzlicher Therapieleistungen der PSD Burgenland und Diagnosen.....89	89
Tabelle 12: Mittelwertsunterschiede zwischen den zwei Messzeitpunkten der Erhebungsinstrumente der Symptom-Checkliste (SCL-90®-S) der Gesamtindexe „global severity index (GSI), positive symptom distress index (PSDI), positive symptom total (PST)“, der Allgemeinen Depressionsskala (ADS-L) und der Perceived Stress Scale (PSS-10).....96	96
Tabelle 13: Mittelwertsunterschiede zwischen den zwei Messzeitpunkten des Erhebungsinstruments der Symptom-Checkliste (SCL-90®-S) der Subskalen: „Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/ Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus“ ..... 102	102
Tabelle 14: Ergebnisse der Kovarianzanalysen zum Vergleich der Veränderung in den Skalen der Symptom-Checkliste (SCL-90®): der Gesamtindexe „global severity index	

(GSI), positive symptom distress index (PSDI), positive symptom total (PST)“ in  
Abhängigkeit von Geschlecht, Medikamenteneinnahme, Inanspruchnahme zusätzlicher  
PSD-Leistungen und Diagnosen unter Konstanthaltung der jeweiligen Ausgangswerte  
..... 108

## **11 Appendix**

Anhang 1: Informationsblatt über die NADA-Therapie (PSD allgemein) .....	133
Anhang 2: Einverständniserklärung zur NADA-Therapie (PSD allgemein).....	135
Anhang 3: Informationsblatt und Einverständniserklärung zur Teilnahme an der NADA-Studie .....	136
Anhang 4: Post-Fragebogen-Teilnehmer:innen .....	141
Anhang 5: Freitexte der explorativen Fragestellungen .....	145

## **INFORMATIONSBLETT ÜBER IHRE BEHANDLUNG MIT DEM KOMPLEMENTÄREN NADA-PROTOKOLL (Ohrakupunktur/Ohrakupressur)**

### **DIE NADA BEHANDLUNG MACHT SIE STÄRKER, STABILER und SICHERER!**

Die Ohrakupunktur bzw. Ohrakupressur mittels Nadeln bzw. Magnetpflastern zur allgemeinen Stärkung bzw. komplementären Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen und bei psychischen Störungen wurde im Lincoln State Hospital (Bronx/ New York) von Dr. Michael Smith entwickelt.

Das komplementäre NADA-Protokoll ist eine ergänzende, zusätzliche Therapiemethode zu ihrer sonstigen Behandlung im Beratungs- und Behandlungszentrum.

## **DIE NADA-THERAPIE**

- beruhigt und stärkt
- fördert die Selbstheilungskräfte und reguliert Befindlichkeitsstörungen
- ist Stoff- bzw. Krankheitsunabhängig (Diagnoseunspezifität!) wirksam
- fördert die Wachheit, Konzentration bei Müdigkeit und Erschöpfung
- reduziert Stress und wirkt entspannend
- lindert Craving, Entzugsschmerzen, verringert vegetative Beschwerden,
- verbessert den Schlaf
- verbessert Ihr allgemeines Wohlbefinden

Die Behandlung findet sitzend auf einem Stuhl oder liegend auf einer Matte statt. Im Sinne der Achtsamkeit, bitten wir Sie während der Therapiesitzung um Ruhe. Zu Beginn des Settings reinigen Sie bitte mit einem Desinfektionsmittel getränkten Tupfer die Außenseiten beider Ohrmuscheln.

**NADA- AKUPUNKTUR:** es werden bis zu 3 - 5 feine, sterile Einmal-Stahlnadeln in die Ohrmuscheln (beidseits) gesetzt: ca. 1 Millimeter tief. Das verursacht mitunter einen leichten Schmerz. Es kann aber auch sein, dass Sie das Setzen der Nadeln gar nicht spüren.

**NADA- AKUPRESSUR:** es werden zwischen 3 - 5 Magnetpflaster an jedem Ohr „geperlt“ bzw. geklebt. Diese können bis zum nächsten Termin in den Ohren verbleiben oder bei Bedarf auch selbst entfernt werden. Der etwas schwächere Soforteffekt der Akupressur wird durch die längere Verweildauer (bis zur nächsten Sitzung) ausgeglichen.

Mit den gesetzten Nadeln bzw. geklebten Pflastern erfolgt eine Ruhephase und Sie sitzen nun ca. 30 bis 45 Minuten schweigend im Gruppenraum. Das NADA-Protokoll ist eine NON-VERBALE Therapiesitzung!

Mitunter fallen Nadeln vorzeitig aus dem Ohr. Sollte dies passieren, bitte lassen Sie diese liegen und informieren Sie den/die Therapeut:in. Falls ein Ohrpunkt blutet wird dieser vom NADA-Therapeut mit einem Zellstofftupfer gedrückt oder Sie werden gebeten mit einem Tupfer selbst ca. 30 Sekunden auf die Hautstelle zu drücken. Zur Sicherheit können Sie nochmals einen NADA-Therapeuten ersuchen einen Blick auf das Ohr zu werfen um sicher zu gehen, dass sie nicht mehr an der Ohrstelle bluten. Bei der NADA-Akupressur verbleiben die gesetzten Magnetpflaster bis zum Morgen oder am Tag davor, der nächsten Behandlung in den Ohren. Sie können zur Förderung der Wirkung diese mehrmals am Tag drücken (ON-OFF).

Diese womöglich bitte nicht zu reiben und/oder verschieben!

Lassen Sie einfach die Nadeln bzw. die Pflaster auf sich wirken!  
Seien Sie achtsam auf körperliche und geistige Erfahrungen während des Sitzens!  
Spüren Sie Ihren Körper!

Akupunktur verursacht selten Komplikationen oder Beschwerden wie Kopfschmerzen. Selten kommt es zu Kreislaufreaktionen mit erniedrigtem Blutdruck. Machen Sie sich bemerkbar, wenn Sie sich „komisch“, flau oder schwindelig fühlen, oder wenn Sie zu schwitzen beginnen. Bei Bedarf werden dann die Nadeln gezogen. Eine sehr seltene Komplikation ist einige Tage nach der Nadelung die Entzündung einer Akupunkturstelle. Auch wenn Sie sich nicht sicher sind, zeigen Sie diese Stelle bitte dem Behandlungsteam. Es existieren keine Kontraindikationen der NADA-Therapie.

In seltenen Fällen treten während oder nach der NADA-Therapie Nebenwirkungen wie Kopfschmerzen und/oder Kreislaufprobleme auf.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit uns Fragen zu stellen. Wir freuen uns auch, wenn Sie uns von Ihrem Erleben mit den Nadeln oder mit den Magnetpflastern erzählen.

Die NADA-Therapeut:innen der PSD Burgenland – Team Jennersdorf

## **Einverständniserklärung zur NADA-Therapie**

Hiermit erkläre ich, dass ich über die Behandlung durch das komplementäre NADA-Protokoll mittels Ohrakupunktur/Ohrakupressur schriftlich aufgeklärt wurde, dass ich auch über die Risiken informiert bin und dass mir ausreichend Gelegenheit zu Fragen gegeben wurde.

Ich weiß, dass es andere Behandlungsmethoden für meine psychische Beeinträchtigung/Störung/ Krankheit gibt und dass es sich bei der NADA-Ohrakupunktur/Ohrakupressur um eine komplementäre (ergänzende) Behandlungsmethode handelt.

Ich bin mit der NADA-Behandlung durch den/die NADA-Therapeut:in der PSD Burgenland – Beratungs- und Behandlungszentrum Jennersdorf – einverstanden.

Datum/ Name Klient:in

.....

Unterschrift Klient:in

.....

## **Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten für eine Masterarbeit**

### **A. Gegenstand des Forschungsprojekts und Grundlage der Einwilligungserklärung**

#### **1. Beschreibung des Forschungsprojekts**

Grundlage dieser Einwilligungserklärung ist die Erstellung einer Masterarbeit zum Thema **„Das komplementäre NADA Protokoll. Welchen Beitrag kann das komplementäre NADA-Protokoll als Teil eines multimodalen Therapiekonzepts in der sozialpsychiatrischen Arbeit mit psychisch belasteten Menschen leisten? - eine Untersuchung der extramuralen Arbeit des Psychosozialen Dienstes Burgenland“** durch Fr. Mag. Katharina Hoics im Rahmen des Studiums „Psychotherapeutisches Propädeutikum“ an der Fachhochschule Kärnten — gemeinnützige Privatstiftung.

#### **2. Studierende\*r und Datenschutzverantwortliche\*r**

**Mag. Katharina Hoics**  
**Soziale Dienste Burgenland GmbH**  
**Behandlungs- und Beratungszentrum Jennersdorf**  
Hans Ponstingl Gasse 11/2-3 | 8380 Jennersdorf  
Tel: +43 3329 46311 DW: 14  
Mobil: + 43 664 83 273 68  
Fax: +43 3329 46311 20  
E-Mail: [katharina.hoics@psd-bgld.at](mailto:katharina.hoics@psd-bgld.at)

#### **3. Interviewdatum/Erhebungszeitraum**

August – Dezember 2022

#### **4. Art der personenbezogenen Daten des\*der Studienteilnehmer\*in**

- Tonaufnahmen (Originalaufnahmen und Transkript)
- Bildaufnahmen (zur Dokumentation)
- Personenbezogene Daten durch Fragebogenerhebung
- Sonstiges: Ratingskalen

## **B. Einwilligungserklärung und Information über die Erhebung personenbezogener Daten**

### **1. Einwilligungserklärung**

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die im Rahmen des unter A. beschriebenen Forschungsprojekts erhobenen personenbezogenen Daten meiner Person von Fr. Mag. Katharina Hoics verarbeitet werden dürfen.

Meine Einwilligung ist freiwillig. Ich konnte sie ablehnen, ohne dass mir dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Meine Einwilligung kann ich gegenüber Fr. Mag. Katharina Hoics jederzeit widerrufen. Dies berührt jedoch nicht die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung. Die relevanten Definitionen der verwendeten datenschutzrechtlichen Begriffe, die in der Anlage enthalten sind, habe ich verstanden.

### **2. Zweck und Art der Datenverarbeitung**

In dieser Studie wird der Frage nachgegangen, welchen Beitrag das komplementäre NADA-Protokoll als Teil eines multimodalen Therapiekonzepts des Psychosozialen Dienstes Burgenland, bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen bzw. Erkrankungen, leisten kann.

Anhand von einem quantitativen (Prä-Posttest-Design) und einem möglichen qualitativen Design, werden die Wirksamkeit, die Machbarkeit, die Akzeptanz, die Effekte und die persönlichen Erfahrungen der Teilnehmer\*innen des komplementären NADA Protokolls erhoben und untersucht.

Zu diesem Zweck werden auch u.U. Interviews mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und sodann von Fr. Mag. Katharina Hoics in Schriftform gebracht. Für die weitere wissenschaftliche Auswertung der Interviewtexte werden alle Angaben, die zu einer Identifizierung meiner Person führen könnten, verändert oder aus dem Text entfernt. In wissenschaftlichen Veröffentlichungen werden Interviews nur in Ausschnitten zitiert und ausschließlich anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten verwendet. So ist gegenüber Dritten sichergestellt, dass meine Angaben im Interview nicht zu einer Identifizierung meiner Person führen können. Meine personenbezogenen Kontaktdaten werden von Interviewdaten getrennt und für Dritte unzugänglich gespeichert. Nach Beendigung des Forschungsprojekts werden meine Kontaktdaten gelöscht.

Eine Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zum Zweck einer automatisierten Entscheidungsfindung (einschließlich Profiling) gem. Art. 22 Abs. 1 und Abs. 4 DSGVO findet nicht statt.

### **3. Rechtsgrundlage**

Fr. Mag. Katharina Hoics verarbeitet die von mir erhobenen personenbezogenen Daten auf Basis dieser Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 lit a DSGVO. Sofern besondere Kategorien personenbezogener Daten betroffen sind, werden die erhobenen personenbezogenen Daten auf Basis dieser Einwilligung gemäß Art. 9 Abs. 2 lit a DSGVO erhoben.

### **4. Empfänger\*innen oder Kategorien von Empfänger\*innen**

Meine personenbezogenen Daten werden

- an niemanden weitergegeben
- an folgende Empfänger\*innen oder Kategorien von Empfänger\*innen werden meine personenbezogenen Daten übermittelt bzw. können übermittelt werden:

DDr. Thomas Ots (NADA-Akupunktur-Österreich) – 1. Hauptbetreuer der Masterarbeit

Chefärztliche Leitungen Psychosozialer Dienst Burgenland Süd und Nord Erwachsenenpsychiatrie (CA Dr. Gerhard Miksch und CA Dr. Karl-Heinz Lippl)

### **5. Verarbeitung und Dauer der Speicherung meiner personenbezogenen Daten**

Die von Fr. Mag. Katharina Hoics erhobenen personenbezogenen Daten werden ab Veröffentlichung der Masterarbeit nach Punkt 1 zum Nachweis der Einhaltung guter wissenschaftlicher Praxis mindestens 10 Jahre, maximal jedoch 30 Jahre zur Geltendmachung, Ausübung und Verteidigung von Rechtsansprüchen von Fr. Mag. Katharina Hoics aufbewahrt.

### **6. Meine Rechte**

Ich habe hinsichtlich meiner personenbezogenen Daten im Rahmen des gesetzlich vorgesehenen Umfangs ein Recht auf Auskunft, auf Berichtigung, auf Löschung, auf Einschränkung der Verarbeitung sowie auf Widerspruch gegen die Verarbeitung.

Gegen rechtswidrige Datenverarbeitungen habe ich das Recht auf Beschwerde, welche bei der Österreichischen Datenschutzbehörde, Barichgasse 40-42, 1030 Wien, Telefon: [+43 1 52 152-0](tel:+431521520), E-Mail: [dsb@dsb.gv.at](mailto:dsb@dsb.gv.at) als zuständige Aufsichtsbehörde einzubringen ist.

---

Ort, Datum – Unterschrift

## Anlage

### Begriffsbestimmungen

- **„Personenbezogene Daten“** sind gemäß Art. 4 Z 1 DSGVO alle Informationen, die sich auf eine identifizierte oder identifizierbare natürliche Person (im Folgenden „betroffene Person“) beziehen. Identifizierbar ist eine natürliche Person, wenn sie direkt oder indirekt, insbesondere durch Zuordnung einer Kennung wie einem Namen, einer Kennnummer, zu Standortdaten, zu einer Online-Kennung oder zu einem oder mehreren besonderen Merkmalen identifiziert werden kann, die Ausdruck der physischen, physiologischen, genetischen, psychischen, wirtschaftlichen, kulturellen oder sozialen Identität dieser natürlichen Person sind. Die kann z.B. die Angabe sein, wo eine Person versichert ist, wohnt oder wie viel sie verdient. Auf die Nennung des Namens kommt es dabei nicht an. Es genügt, dass man herausfinden kann, um welche Person es sich handelt.
- **„Besondere Kategorien“** personenbezogener Daten sind gemäß Art. 9 Abs. 1 DSGVO Daten, aus denen die rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen oder die Gewerkschaftszugehörigkeit hervorgehen, sowie die Verarbeitung von genetischen Daten, biometrischen Daten zur eindeutigen Identifizierung einer natürlichen Person, Gesundheitsdaten oder Daten zum Sexualleben oder der sexuellen Orientierung einer natürlichen Person.
- **„Gesundheitsdaten“** sind gemäß Art. 4 Z 15 DSGVO personenbezogene Daten, die sich auf die körperliche oder geistige Gesundheit einer natürlichen Person, einschließlich der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen, beziehen und aus denen Informationen über den Gesundheitszustand hervorgehen.
- **„Verarbeitung“** ist gemäß Art. 4 Z 2 DSGVO jeder mit oder ohne Hilfe automatisierter Verfahren ausgeführte Vorgang oder jede solche Vorgangsreihe im Zusammenhang mit personenbezogenen Daten wie das Erheben, das Erfassen, die Organisation, das Ordnen, die Speicherung, die Anpassung oder Veränderung, das Auslesen, das Abfragen, die Verwendung, die Offenlegung durch Übermittlung, Verbreitung oder eine andere Form der Bereitstellung, den Abgleich oder die Verknüpfung, die Einschränkung, das Löschen oder die Vernichtung.
- **„Einwilligung“** der betroffenen Person ist jede freiwillig für den bestimmten Fall, in informierter Weise und unmissverständlich

abgegebene Willensbekundung in Form einer Erklärung oder einer sonstigen eindeutigen bestätigenden Handlung, mit der die betroffene Person zu verstehen gibt, dass sie mit der Verarbeitung der sie betreffenden personenbezogenen Daten einverstanden ist.

- **„Anonymisierung“** ist die Verarbeitung, der personenbezogene Daten oder personenbeziehbare Daten entfernt, ersetzt oder aggregiert, sodass Daten nicht mehr oder nur mit unverhältnismäßig großem Aufwand bestimmten Personen zugeordnet werden können.
- **„Pseudonymisierung“** ist die Verarbeitung personenbezogener Daten in einer Weise, dass die personenbezogenen Daten ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen nicht mehr einer spezifischen betroffenen Person zugeordnet werden können, sofern diese zusätzlichen Informationen gesondert aufbewahrt werden und technischen und organisatorischen Maßnahmen unterliegen, die gewährleisten, dass die personenbezogenen Daten nicht einer identifizierten oder identifizierbaren natürlichen Person zugewiesen werden.

Anhang 4: Post-Fragebogen-Teilnehmer:innen

Soziale Dienste Burgenland



**Name:**

**Datum:**

**Fragenerhebung zur NADA-Akupunktur- bzw.  
NADA-Akupressur-Behandlung im PSD Burgenland**

1. Nehmen Sie derzeit psychopharmakologische Medikamente ein?

ja	nein
----	------

Wenn ja, welche.....

2. Nehmen Sie derzeit neben der NADA-Therapie noch andere Leistungen des Psychosozialen Dienstes in Anspruch?

ja	nein
----	------

Wenn ja, welche.....

3. Glauben Sie an „alternative“ (ergänzende) Behandlungsmethoden (z.B. NADA-Therapie), neben den schulmedizinischen Behandlungsansätzen, in der Sozialpsychiatrie?

sehr viel	viel	mäßig	kaum	gar nicht
1	2	3	4	5

Wenn ja, weshalb.....

4. Wie zufrieden waren Sie mit der NADA-Therapie in den letzten Wochen?

sehr zufrieden	zufrieden	mäßig	kaum	gar nicht
1	2	3	4	5

5. Wie sehr haben Sie subjektiv empfunden von der NADA-Therapie profitiert?

sehr viel	viel	mäßig	kaum	gar nicht
1	2	3	4	5

Wenn ja, weshalb.....

6. Hat sich direkt vor und nach der NADA-Therapie ihr Stressempfinden verändert?

ja	nein
----	------

Wenn ja, welcher Unterschied .....

7. Hat sich direkt vor und nach der NADA-Therapie ihre Anspannung im Körper verändert?

ja	nein
----	------

Wenn ja, welcher Unterschied .....

8. Hat sich ihrer Meinung nach das Schlafverhalten verändert?

ja	nein
----	------

9. Glauben Sie, dass ein Unterschied zwischen der Behandlung mittels Nadeln und mittels Magnetpflastern besteht?

ja	nein
----	------

Wenn ja, welcher Unterschied .....

10. Bevorzugen Sie eine der beiden Möglichkeiten etwas mehr?

ja - Akupunkturnadeln	nein
ja - Magnetpflaster	

Wenn ja, weshalb.....

11. Nehmen Sie an beiden NADA-Therapievarianten (Nadel und Pflaster) teil oder wechseln Sie diese ab?

ja	nein
----	------

Wenn ja, weshalb .....

12. Ist es für Sie persönlich wichtig, welcher NADA-Therapeut:in bei Ihnen die Behandlung durchführt? Welche Rolle spielt für Sie der/die NADA- Therapeut:in?

ja	nein
----	------

Wenn ja, inwiefern .....

Rolle:

sehr große	große	mäßige	kaum	gar keine
1	2	3	4	5

13. Welche Rolle spielt für Sie das Gruppensetting und das gemeinsame Schweigen innerhalb der Gruppe während der NADA-Therapie?

sehr große	große	mäßige	kaum	gar keine
1	2	3	4	5

14. Die NADA-Therapie ist non-verbal (= non-verbale (keine) Kommunikation). Kommt Ihnen so ein Gruppensetting entgegen?

ja	nein
----	------

Wenn ja, inwiefern .....

15. Die NADA-Therapie ist non-verbal (= non-verbale (keine) Kommunikation). Der Fokus richtet sich auf das achtsame Hineinspüren. Spüren Sie etwas in ihrem Körper während der NADA- Therapie?

sehr viel	viel	mäßig	kaum	gar nicht
1	2	3	4	5

Wenn ja, was spüren Sie? .....

16. Wie wichtig ist es für Sie, dass der/die NADA-Therapeut:in nach dem Setzen der Akupunkturnadeln bzw. Magnetpflaster im Behandlungsraum bleibt?

sehr wichtig	wichtig	mäßig	kaum	gar nicht
1	2	3	4	5

Wenn ja, weshalb .....

17. Wie wichtig ist es für Sie, im Anschluss der NADA-Behandlung den NADA-Tee zu trinken?

sehr wichtig	wichtig	mäßig	kaum	gar nicht
1	2	3	4	5

18. Würden Sie das komplementäre NADA-Protokoll weiterempfehlen?

ja	nein
----	------

Wenn ja, weshalb .....

Wenn nein, weshalb .....

Die folgenden abschließenden Zeilen sind für Bemerkungen gedacht, die im Fragebogen noch nicht zur Sprache gekommen sind, die Sie mir aber sehr gerne mitteilen möchten:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit. Sollten Fragen offen sein, wenden Sie sich bitte an die Studienleiterin.

## Anhang 5: Freitexte der explorativen Fragestellungen

- mehr ausgeglichen
- bin gelassener
- ist ein Wohlfühlfaktor
- das „Ritual“ beruhigt mich
- fühle mich angenommen
- großartiges Zusatzangebot der PSD
- habe beide probiert
- Vielen lieben Dank, dass ich dabei sein durfte – für die tolle Erfahrung
- wir Menschen sollten ganzheitlicher gesehen werden
- Nadeln sind effektiver
- diese Methoden haben sich in anderen Ländern über eine lange Zeit bewährt
- die Magnetkugeln kann ich zu Hause auch aktivieren
- fühle mich stressresistenter
- es fordert mich auf, an mich zu denken
- bin weniger „unrund“
- Magnetpflaster schmerzen nicht
- Zugang zum eigenen ICH
- MIT MIR SELBST ARBEITEN – SELBSTHEILUNG
- Vorher nervös, nachher ruhiger
- es schult die Eigenwahrnehmung
- wenn man im inneren „aufgewühlt“ ist, kann man dadurch seinen inneren Frieden wieder finden
- ganzheitliche Medizin
- Zeit zum Sammeln, sich Fallenlassen tut gut
- Pflaster wirken länger
- muss Vertrauen zum NADA-Therapeut:in haben
- NADA ist eine sehr gute Alternativmethode
- habe eine Veränderung durch die Therapie verspürt
- es tut sicher jeder Person gut
- NADA-Therapeut:in – die Chemie muss passen
- ich bin ruhiger geworden, ließ mich nicht so schnell reizen

- spüre den Körper bei der Entspannung durch kribbeln und dergleichen
- bessere Konzentration
- meine Gedanken verschwinden und mein Körper wirkt entspannt
- der Bezug zum NADA-Therapeut:in spielt eine große Rolle
- Magnetpflaster zeigen bei mir keine Wirkung
- man kann nicht so große Probleme auch ohne Chemie bewältigen und oft ist das Zusammenspiel eine Lösung
- empfinde es als hilfreich
- gemeinsames Hinspüren
- non-verbal – ich bin gerne unter Menschen
- Gelassenheit
- mein allgemeines Wohlbefinden hat sich sehr stark verbessert
- in Stresssituationen habe ich keine innerliche Unruhe
- gehe alle Tätigkeiten in Ruhe an
- ich habe kein Herzrasen mehr
- es hilft mir viel
- Pflaster verursachen bei mir Druckstellen (Schmerzen)
- ich mag keine Gruppengespräche
- ich möchte, dass Menschen geholfen wird, so wie mir- bin nur durch Zufall zur NADA gekommen
- schlafe besser
- wirkt ausgleichend und aktivierend
- NADA-Therapeut:in ist ein Engel – gibt die positive Energie an uns weiter
- Aufbau eines freundschaftlichen, vertrauensvollen Verhältnisses
- man bekommt keinen Druck dort, alles kann, aber nichts muss!
- für mich sind beide gleich intensiv (bei gewissen Punkten)
- spüre ein Treffen mit mir selbst
- hole mir Kraft, damit ich für den Alltag gestärkt bin
- die Pflaster geben mir so viel Kraft und Stärke bis zum nächsten Termin
- NADA ist ein Genuss
- persönlich fühle ich mich bei einer Einzelbehandlung wohler
- Neugierde auf beide Methoden

- ich höre auf meinen Körper, oft habe ich fast eingeschlafen
- Homöopathie hat einen festen Platz in meinem Leben
- kann mich leichter bei einer non-verbale Gruppe entspannen
- nach der NADA bin ich viel ruhiger
- der NADA-Tee ist immer ein schöner Abschluss für mich
- bin viel gestärkter, gelassener für die Aufgaben, die mir das Leben stellt
- Ganzheitlichkeit
- Sympathie durch NADA-Therapeut:in
- Ich glaube die Nadeln helfen sofort und die Pflaster stärken dich die Zeit bis zur nächsten Behandlung
- mit Magnetpflaster eine längerfristige Wirkung
- ich kann mit Problemen leichter umgehen
- man fühlt sich wohler
- deutliche Entspannung der Muskulatur
- mein Körper wird ruhiger
- Aktivierung aller Punkte, beruhigt mich oder neu angekurbelt
- Kontakt nach innen zu sich selbst
- einen vielen lieben Dank an die NADA-Therapeut:in für die Mühe und die einwandfreie Betreuung
- ich bin bewusster
- man geht gedanklich wirklich in seinen Körper rein
- ich habe die Wochen bei euch sehr genossen
- ich mag keine Hektik – ein ruhiger und ausgeglichener NADA-Therapeut:in ist von Vorteil
- Magnetpflaster sind unkompliziert
- eine ruhige Person, strahlt Ruhe aus
- wenn der Herz-Punkt gestochen wird, spüre ich einen erhöhten Herzschlag
- einmal Nadeln, immer Nadeln
- man hat Zeit für sich
- habe Vertrauen in die/den NADA-Therapeut:in
- wenn die Nadeln im Ohr sind, ist Entspannung möglich
- bevorzuge die Nadeln

- individuelle Erfahrung
- die Magnetpflaster waren mir zu stark
- fühle mich aufgehoben
- Abwechslung zwischen Nadeln und Pflaster
- mein Stoffwechsel wurde sehr stark angekurbelt
- fühle mich durch die/den NADA-Therapeut:in in Sicherheit
- fühle mich entschleunigt
- Pflaster sind schmerzhafter
- nicht immer geholfen, aber es gab Situationen wo es mir gelang zu entspannen
- das Gefühl nicht alleine zu sein
- als Alternativbehandlung
- spüre nicht immer einen Unterschied
- verspüre Kraft
- es tut mir gut
- NADA-Therapeut:in ist sympathisch
- konnte nicht immer entspannen
- steigert mein Wohlbefinden
- gemeinsam als Gruppe
- weniger angespannt
- freue mich auf meine „Kolleg:innen“
- weniger Verspannungen und weniger Gelenksschmerzen
- in Ruhe in den Körper hineinhören
- beim Schließen der Augen die Punkte wahrnehmen
- unsere Gruppe ist toll
- Auszeit vom stressigen Alltag
- es hilft mir
- ich bin sehr zufrieden
- ich werde müde, das ist angenehm
- die ruhige Stimmung im Raum
- ich denke weniger
- gemeinsame Ruhe
- ich bin nicht so hektisch

- NADA-Therapeut:in strahlt Ruhe aus
- mein Schlaf ist besser
- fühle mich lockerer
- versuche mich auf den Atem und die Körperspannung zu konzentrieren
- ich kann mich gehen lassen
- spüre Wärme
- spüre ein leichtes Kribbeln in den Gliedern
- spüre ein wärmendes Gefühl
- ich genieße die Stille
- ich genieße die Ruhe
- NADA-Therapeut:in hat eine zuvorkommende Art
- es geht mir währenddessen gut
- habe weniger Heißhungerattacken
- ich habe weniger Schmerzen
- NADA-Therapeut:in hat eine angenehme Art
- erleben einer positiven Wirkung
- es unterstützt mich zusätzlich
- angenehme Atmosphäre
- kann mich besser konzentrieren
- das Gedankenkarussell ist nicht so schlimm
- unterstützt mein allgemeines Wohlbefinden
- meine Verspannungen lösen sich auf
- ich kann meine Kugeln aktivieren, wenn es mir nicht gut geht

## 12 Literaturverzeichnis

- Ahlberg, R., Skarberg, K., Brus, O. & Kjellin, L. (2016). Auricular acupuncture for substance use: a randomized controlled trial of effects on anxiety, sleep, drug use and use of addiction treatment services. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 11–24.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM 5)*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Aiarzaguena, J. M., Grandes, G., Salazar, A., Gaminde, I., Sánchez, A. (2008): The diagnostic challenges presented by patients with medically unexplained symptoms in general practice. *Scandinavian journal of primary health care*, 26(2), 99–105.
- 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, 2305–2312.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2008). *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung*. (12., vollständig überarbeitete Auflage). Berlin: Springer.
- Backhaus, J. & Riemann, D. (1996). *Schlafstörungen bewältigen. Informationen und Anleitung zur Selbsthilfe*. Weinheim: PsychologieVerlagsUnion Beltz.
- Baudis, R. (Hrsg.) (1999). *Punkte der Wandlung. Suchtakupunktur nach dem NADA-Protokoll*. Rudersberg: Verlag für Psychologie, Sozialarbeit und Sucht.
- Becker, T., Hoffmann, H., Puschner, S. & Weinmann, S. (2008). (Hrsg.). Gaebel, W. & Müller-Spahn, F. (2008). *Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bergdahl, L., Berman, A.H. & Haglund, K. (2014). Patients' experience of auricular acupuncture during protracted withdrawal. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 21, 163–169.
- Bertakis, K.D., Azari, R., Helms, L.J., Callahan, E.J. & Robbins, J.A. (2000) Gender differences in the utilization of health care services. *J Fam Pract*, 49:147–152.

- Bier, J.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(10), 1642–1647.
- Blume, C., Hauser, T., Gruber, W. R., Heib, D. P., Winkler, T. & Schabus, M. (2020). “How does Austria sleep?” self-reported sleep habits and complaints in an online survey. *Sleep and Breathing*, 24(2), 735–741.
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. (6., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage). Heidelberg: Springer.
- Bortz, J. & Döring, N. (2003). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. (3., überarbeitete Auflage). Berlin: Springer.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4., Auflage). Heidelberg: Springer.
- Brewington, V., Smith, M.O. & Lipton, D. (1994). Acupuncture as a detoxification treatment: An analysis of controlled research. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11, 298–307.
- Buchanan, T., Reilly, P., Vafides, C. & Dykes, P. (2018). Reducing anxiety and improving engagement in health care providers through an auricular acupuncture intervention. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 37(2), 87–96.
- Buhk, H., Busch, W., Feldkamp, J. & Koch, U. (2001). Ergebnisse einer Studie zur ambulanten Akupunkturbehandlung von alkohol- und medikamentenabhängigen Klienten in einer Beratungsstelle. *Suchttherapie*, 2, 35–44.
- 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.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. (2018). *Nationale Strategie zur psychischen Gesundheit*, (3. Auflage), Empfehlungen des Beirats für psychische Gesundheit des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK). Zugriff am 06.01.2023 unter: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Psychische-Gesundheit/Nationale-Strategie-zur-psychischen-Gesundheit.html>

- 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, 131–135.
- Carter, K., Olshan-Perlmutter, M., Marx, J., Martini, J.F. & Cairns, S.B. (2017). NADA Ear Acupuncture: An Adjunctive Therapy to Improve and Maintain Positive Outcomes in Substance Abuse Treatment. *Behavioral Sciences (Basel)*, 16(2), 37. doi: <https://doi.org/10.3390%2Fbs7020037>
- Caspar, F., Pjanic, I. & Westermann, S. (2018). *Klinische Psychologie, Basiswissen Psychologie*. Springer: Wiesbaden.
- Cheuk, D.K.L., Yeung, W.F., Chung, K.F. & Wong, V. (2012). Acupuncture for Insomnia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12(9), CD005472. doi: 10.1002/14651858.CD005472
- Chih-Chieh, H., Ching-Sung, W., Mao-Feng, S., Liang-Yu, S., Wei-Chih, H. & Yung-Hsien, C. (2007). „Evaluation of scalp and auricular acupuncture on EEG, HRV, and PRV,” *American Journal of Chinese Medicine*, 35(2), 219–230.
- Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396. doi: <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Cohen, S., & Williamson, G. M. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. *The Social Psychology of Health: Claremont Symposium on Applied Social Psychology*, 31–67. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Costa, C., Briguglio, G., Mondello, S., Teodoro, M., Pollicino, M., Canalella, A., Verduci, F., Italia, S. & Fenga, C. (2021). Perceived Stress in a Gender Perspective: A Survey in a Population of Unemployed Subjects of Southern Italy. *Frontiers in Public Health*, 9. doi: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2021.640454>
- Cyrulnik, B. (1998). Ethnology of anxiety in philogeny and ontogeny. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 393, 44–49.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90®-S, administration, scoring & procedures manual-I for the R(evised) version*. Baltimore: John Hopkins University School of Medicine: Eigendruck.

- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. & Schulte-Markwort, M. (2000).  
Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis (3. Auflage). Bern: Huber.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.) (2014). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch- diagnostische Leitlinien (9. Auflage). Bern: Huber.
- De Lorent, L., Agorastos, A., Yassouridis, A., Kellner, M. & Muhtz, C. (2016). Auricular acupuncture versus progressive muscle relaxation in patients with anxiety disorders or major depressive disorder: a prospective parallel group clinical trial. *Journal of Acupuncture and Meridian Studies*, 9, 191–199.
- Dobos, G., Deuse, U. & Michalsen, A. (Hrsg) (2006). Chronische Erkrankungen integrativ. Konventionelle und komplementäre Therapie. (1. Auflage). München: Verlag: Urban&Fischer/ Elsevier.
- Doherty, D.T. & Kartalova-O’Doherty, Y. (2010). Gender and self-reported mental health problems: predictors of help seeking from a general practitioner. *British Journal of Health Psychology*, 15, 213–228.
- Epperlein-Trümmer, M. (2022). Fragen, die noch gestellt werden wollen: Gespräche mit Eltern und Großeltern – Resilienzgeschichten, die das Leben schreibt. Norderstedt: Books on Demand.
- Errington-Evans, N. (2012). Acupuncture for Anxiety. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 18 (4), 277–284. <https://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2011.00254.x>
- European Commission (2005). Green Paper. Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union. Zugriff am 06.01.2023 unter:  
[https://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf)
- Festschrift 50 Jahre Psychosozialer Dienst Burgenland: Beratungsstelle Oberwart (1965-2015).

- Fischer, F.H., Lewith, G., Witt, C.M., Linde, K., von Ammon, K., Cardini, F., Falkenberg, T., Fonnebo, V., Johannessen, H., Reiter, B., Uehleke, B., Weidenhammer, W. & Brinkhaus, B. (2014). High prevalence but limited evidence in complementary and alternative medicine: guidelines for future research. *BMC Complementary and Altern Medicine*, 14, 46. <https://doi.org/10.1186/1472-6882-14-46>
- Fischer, G. & Riedesser, P. (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (4. Auflage). München: Ernst Reinhardt.
- Franke, G. H. (1992): Eine weitere Überprüfung der Symptom-Check-Liste (SCL 90-R) als Forschungsinstrument. *Diagnostica*, 38 (2), 160–167.
- Franke, G.H., Jäger, H. & Stäcker, K.H. (1995). Die Symptom-Checkliste – SCL-90-R – im Einsatz bei HIV-infizierten Patienten. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 16, 195–208.
- Franke, G.H. (2001). Möglichkeiten und Grenzen im Einsatz der Symptom-Checkliste SCL- 90-R. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 33(3), 475–485.
- Franke, G.H. (2002). *SCL-90®-S: Die Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis – Deutsche Version*. Göttingen: Beltz Test Gesellschaft.
- Franke, G.H. (2014). *SCL-90®-S. Symptom-Checkliste-90®-Standard-Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Frass, M., Montenegro, A., Hock, N., Ots, T., Mücher, J. & Krenner, L. (2017). Komplementär-alternativmedizinische Therapieverfahren bei psychischen Erkrankungen, In: Möller, H.J., Laux, G. & Kapfhammer, H.P. (Hrsg.) (2017). *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*, (Band 2 - Allgemeine Psychiatrie), (5. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Friedrichs, M. (2019). NADA-Akupunktur in der Arbeit mit Flüchtlingen. *Deutsche Zeitschrift für Akupunktur*. 62(1), 39–42.
- Geib, J., Rieger, M.A., Joos, S., Eschweiler, G.W. & Metzger F.G. (2017). Implementierung von Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll bei geriatrischen Patienten mit einer depressiven Episode. Eine Machbarkeitsstudie mit gemischten Methoden. *Die Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 50(4), 316–324.

- Gonzalez-Ramirez, M.T., Rodriguez-Ayan, M.N. & Hernandez, R.L. (2013). The Perceived Stress Scale (PSS): Normative Data and Factor Structure for a Large-Scale Sample in Mexico. *The Spanish journal of psychology*, 16, E47. doi: <https://doi.org/10.1017/sjp.2013.35>
- Gori, L. & Firenzuoli, F. (2007). Ear acupuncture in European traditional medicine. *Evidence- Based Complementary and Alternative Medicine*, 4, 13–16.
- Hager, W., Patry, J.L. & Brezing, H. (2000). *Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen: Standards und Kriterien: ein Handbuch*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Halbreich, U. (2008). Systematic reviews of clinical trials of acupuncture as treatment for depression: how systematic and accurate are they? *CNS Spectrums*, 13(4), 293–294. doi: <https://doi.org/10.1017/s1092852900016400>
- Hase, H. (2019). Integration des NADA-Protokolls in die stationäre Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung. *Deutsche Zeitschrift für Akupunktur*, 62(1), 31–33.
- Hase, H. & Balmaceda, U.M. (2015). Über den Wert des NADA-Protokolls in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung. *Deutsche Zeitschrift für Akupunktur*, 58(1), 6–9.
- Hase, M. & Hase, A. (2014). Implementation des NADA-Protokolls in der Psychosomatik. *Deutsche Zeitschrift für Akupunktur*, 57(4), 12–15.
- Hautzinger, M. & Beiler, M. (1991). *Allgemeine Depressionskala (ADS)*. Die deutsche Version des CES-D. Weinheim: Beltz Test.
- Hautzinger, M. & Bailer, M. (1993). *Allgemeine Depressionsskala (ADS)*. Manual. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Hautzinger, M. (2003). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Behandlungsanleitungen und Materialien*. (6., neue bearbeitete Auflage). Göttingen: Beltz Verlag.
- He, W., Wang, X., Shi, H., Shang, H., Li, L., Jing, X. & Zhu, B. (2012). Auricular acupuncture and vagal regulation. *Evidence Based Complementary Alternative Medicine*, Article ID 786839. doi: <https://doi.org/10.1155/2012/786839>

- Hellhammer, D.H., Kirschbaum, C. & Lehnert, H. (2003). Psychoneuroendokrinologie. In: Uexküll. (Hrsg: Adler, R.H., Hermann, J.M., Köhle, K., Langewitz, W., Schonecke, O.W., von Uexküll, T. & Wesiack, W.) (2003). (6. Auflage). Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns. München: Urban & Fischer.
- 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.
- Henningsen, P., Zipfel, S. & Herzog, W. (2007). Management of functional somatic syndromes. *The Lancet* 369, 946–955.
- Hiller, W. & Rief, W. (1997). Was sind somatoforme Störungen? Diagnose, Modelle und Instrumente Psychotherapie 2. Jahrgang, Bd. 2, Heft. 2; CIP-Medien: München.
- Hirjak, D., Schwarz, E. & Meyer-Lindenberg, A. (2021). Zwölf Jahre Research Domain Criteria in der psychiatrischen Forschung und Praxis: Anspruch und Wirklichkeit. *Der Nervenarzt* 92, 857–867.
- Huhn, M., Tardy, M., Spineli, L.M., Kissling, W., Förstl, H., Pitschel-Walz, G., Leucht, C., Samara, M., Dold, M., Davis, J.M. & Leucht, S. (2014). Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders: a systematic overview of meta-analyses. *Journal of the American Medical Association*, 71(6), 706–715.
- HVST & SGK (2011): Analyse der Versorgung psychisch Erkrankter. Projekt „Psychische Gesundheit“. Abschlussbericht. Wien- Salzburg, 5. Online abrufbar unter: <https://www.psychotherapie.at/sites/default/files/files/studien/Studie-Analyse-Versorgung-psychisch-Erkrankter-SGKK-HVB-2011.pdf>
- Irnich, D., Bäuml, P. & Hanley, K. (2019). Stand der Komplementärmedizin in Deutschland. *Zeitschrift für Komplementärmedizin*, 11(6), 14–25.
- Jacobi, F., Wittchen, H.U., Holting, C., Hofler, M., Pfister, H., Müller, N. & Lieb, R. (2004). Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine* 34, 597–611.
- Jäger, M. & Jaspers, K. (2016). Konzepte der Psychopathologie: Von Karl Jaspers zu den Ansätzen des 21. Jahrhunderts (1. Auflage). Verlag: W. Kohlhammer.

- Kapfhammer, H.P. (2017). Angststörungen. In: In: Möller, H.J., Laux, G. & Kapfhammer, H.P. (Hrsg.) (2017). *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, (Band 2 - Allgemeine Psychiatrie)*, (5. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Kapfhammer, H.P. (2001). *Psychotherapie der Somatisierungsstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Kaptchuk, T.C. (2001). "The double-blind, randomized, placebo-controlled trial: gold standard or golden calf?" *The Journal of Clinical Epidemiology*, 54(6), 541–549.
- Kechter, A., Black, D. S., Riggs, N. R., Warren, C. M., Ritt-Olson, A., Chou, C. P. & Pentz, M. A. (2019). Factors in the perceived stress scale differentially associate with mindfulness disposition and executive function among early adolescents. *Journal of child and family studies*, 28(3), 814–821.
- Kim, K.B. & Sok, S.R. (2007). Auricular acupuncture for insomnia: duration and effects in Korean older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(8), 23–8.
- Kim, E.K., You, J.K., Ji, S.J., Choi, S.H., Jin, B.M., Lee, C.A. & Lee, E.J. (2022). The Impact of Auricular Accupressure on Depression among nurses. *Journal of Korean Academy Psychiatric Mental Health Nursing*; 31(3), 365–372.
- Klein, E. M., Brähler, E., Dreier, M., Reinecke, L., Müller, K. W., Schmutzer, G., Wölfling, K. & Beutel, M. E. (2016). The German version of the Perceived Stress Scale–psychometric characteristics in a representative German community sample. *BMC Psychiatry*, 16(1), 159.
- Kurebayashi, L.F.S., Turrini, R.N.T., Borges de Souza, T.P., Marques, C.F., Rodrigues, R.T.F. & Charlesworth, K. (2017). Auriculotherapy to reduce anxiety and pain in nursing professionals: A randomized clinical trial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1761.2843>
- Ladwig, K.H., Marten-Mittag, B., Formanek, B. & Dammann, G. (2000). Gender differences of symptom reporting and medical health care utilization in the German population. *European Journal of Epidemiology*, 16, 511–518.
- Lange, T. & Mosler, K. (2017). *Normalverteilung und zentraler Grenzwertsatz*. In: *Statistik kompakt*. Berlin, Heidelberg: Springer.

- Lee, M.S., Shin, B.C., Suen, L.K., Park, T.Y. & Ernst, E. (2008). Auricular acupuncture for insomnia: a systematic review. *International journal of clinical practice*, 62(11), 1744–1752.
- Li, T.T., Wang, Z.J., Yang, S.B., Zhu, J.H., Zhang, S.Z. & Cai, S.J., Ma, W.H., Zhang, D.Q. & Mei, Z.G. (2015). Transcutaneous electrical stimulation at auricular acupoints innervated by auricular branch of vagus nerve pairing tone for tinnitus: Study protocol for a randomized controlled clinical trial. *Trials*, 16, 101. doi: <https://doi.org/10.1186/s13063-015-0630-4>
- Lin, H., Li, G.Q., Zhou, Z.B. & Liu, J.X. (2005). Observation on therapeutic effect of combination of acupuncture with drug on depression. *Zhongguo zhen jiu = Chinese acupuncture & moxibustion*, 25(1), 27–29.
- Linde, K., Allais, G., Brinkhaus, B., Fei, Y., Mehring, M., Shin, B.C., Vickers, A. & White, A.R. (2016a). Acupuncture for the prevention of tension-type headache. *The Cochrane database of systematic reviews*, 4: Cd007587.
- Linde, K., Allais, G., Brinkhaus, B., Fei, Y., Mehring, M., Vertosick, E.A., Vickers A. & White, A.R. (2016b). Acupuncture for the prevention of episodic migraine. *The Cochrane database of systematic reviews*, 6: Cd001218.
- Lindell, L. & Ek, A.M. (2010). Komplementära metoder i psykiatriska verksamheter – ochbrukaresupplevelser 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](http://dspace.mah.se/bitstream/handle/2043/10520/FoU%20Rapport%202010_5.pdf).
- Löffler-Stastka, H. & Hochgerner, M. (2021). Versorgungswirksamkeit von Psychotherapie in Österreich. *psychopraxis. neuropraxis* 24, 57–61. <https://doi.org/10.1007/s00739-020-00686-w>
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Mussell, M., Schellberg, D., & Kroenke, K. (2008). Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *General Hospital Psychiatry*, 30, 191–199.
- Lühr, K., Zens, C. & Müller-Engelmann, M. (2021). (1.Auflage). *Therapie Tools. Posttraumatische Belastungsstörung*. Weinheim: Beltz Verlag.

- MacPherson, H., Sinclair-Lion, N. & Thomas, K. (2006). Patients seeking care from acupuncture practitioners in the UK: a national survey. *Complementary Therapies in Medicine*, 14(1), 20–30. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2005.07.006>
- MacPherson, H., Vertosick, E.A., Foster, N.E., Lewith, G., Linde, K., Sherman, K.J., Witt, C.M. & Vickers, A.J. (2017). The persistence of the effects of acupuncture after a course of treatment: a meta-analysis of 214 patients with chronic pain. *Pain*, 158(5), 784–793.
- Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H. & Brähler, E. (2008). Posttraumatische Belastungsstörung in Deutschland. Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. *Der Nervenarzt*, 79, 577–586.
- Maercker, A., Lorenz, L., Perkonig, A. & Kapfhammer, H.P. (2011). In Möller, H.J., Laux, G. & Kapfhammer, H.P. (Hrsg.). *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Band 1 und Band 2; 4., erweiterte und vollständig neu bearbeitete Auflage*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Margolin, A., Kleber, H.D., Avants, S.K., Konefal, J., Gawin, F., Stark, E., Sorensen, J., Midkiff, E., Wells, E. & Jackson, T.R. et al. (2002). Acupuncture for the treatment of cocaine addiction. *Journal of the American Medical Association*, 287(1), 55–63.
- Mora, B., Iannuzzi, M., Lang, T., Steinlechner, B., Barker, R., Dobrovits, M., et al. (2007). Auricular acupressure as a treatment for anxiety before extracorporeal shock wave lithotripsy in the elderly. *The Journal of Urology*, 178(1), 160–164.
- Morschitzky, H. (2009). *Angststörungen. Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe*. (4., überarbeitete und erweiterte Auflage). Wien: Springer Verlag.
- Müller, T. & Paterok, B. (2010). *Schlaftraining. Ein Therapiemanual zur Behandlung von Schlafstörungen*. (2., überarbeitete Auflage). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- NADA-Reader-Österreich (2019): abrufbar unter: <https://www.nada-akupunktur.at/publikationen/2017-06-05-11-41-07/reader-nada-akupunktur-austria.html>
- NADA-Skriptum-Österreich (2015). Ausbildungsskriptum.
- NADA-Skriptum-Österreich (2022). Ausbildungsskriptum.
- NADA-Akupunktur-Österreich-Folder (2015). Sucht. Trauma. Psyche. [www.nada-akupunktur.at](http://www.nada-akupunktur.at)

- 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.
- Nogier, P.F.M. (1969). *Lehrbuch der Auriculotherapie*. Masionnneuve, Sainte-Ruffine (Französischer Originaltitel: *Traité d'auriculothérapie*). Frankreich: Verlag Maisonneuve.
- Nowotny, M., Kern, D., Breyer, E., Bengough, T. & Griebler, R. (Hrsg.) (2019). *Depressionsbericht Österreich. Eine interdisziplinäre und multiperspektivische Bestandsaufnahme*. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Wien.
- Ogal, H., Ogal, M. & Hafer, J. (2004). Beginn der Anxiolyse und Relaxation unter Ohrakupunktur. *Deutsche Zeitschrift für Akupunktur*, 47(2), 6–12.
- Oleson, T. (2003). *Auriculotherapy Manual. Chinese and Western Systems of Ear Acupuncture*. (3rd Revision edition). Verlag: Churchill Livingstone.
- Oleson, T. (2013). *Auriculotherapy Manual. Chinese and Western Systems of Ear Acupuncture*. (4th Revision edition). Verlag: Churchill Livingstone.
- Olsson, A. & Landgren, K. (2020). Getting Well is More Than Gaining Weight - Patients' Experiences of a Treatment Program for Anorexia Nervosa Including Ear Acupuncture. *Issues in Mental Health Nursing*, 41(4), 328–338.
- Ots, T., Payer, K. & Haas, K. (2001). Integrative Psychiatrie – ein Jahr Modellversuch im stationären Bereich. *Deutsche Zeitschrift für Akupunktur*; 44(4), 279–282.
- Ots, T. (2013a). Leib und Empowerment. Zur Phänomenologie der NADA-Ohrakupunktur. *Deutsche Zeitschrift für Akupunktur*; 56(2), 16–35.
- Ots, T. (2013b). Zu klärende Fragen in der Ohrakupunktur. *Deutsche Zeitschrift für Akupunktur*, 56(1), 18–22.
- Ots, T. (2017). Das NADA-Protokoll in Sucht und Psyche. Übersicht und Definition der nächsten Forschungsaufgaben. *Deutsche Zeitschrift für Akupunktur*, 60(1), 16–21.
- Ots, T. (2021). Aurikulothérapie – Entstehung und Hintergrund einer europäischen Heiltradition. *Deutsche Zeitschrift für Akupunktur*, 64, 34–40.
- Ots, T. (2023). Persönliche Mitteilung vom 11.01.2023.

- Payer, K., Ots, T., Marktl, G., Pfeifer, F. & Lehofer, M. (2007) Patientenzufriedenheit mit der NADA-Ohrakupunktur auf einer psychiatrischen Station – eine Anwendungsbeobachtung. *Deutsche Zeitschrift für Akupunktur*, 50(2), 10–13.
- Peuker, E.T. (2016). Wissenschaftliche Grundlagen der Ohrakupunktur. *Deutsche Zeitschrift für Akupunktur*, 45 (3), 6–13.
- Pilkington, K. (2010). Anxiety, depression and acupuncture: A review of clinical research. *Autonomic Neuroscience*, 157(1-2), 91–95.
- Pomeranz, B., Berman, B. & Stux, G. Wissenschaftliche Grundlagen der Akupunktur. In: Stux, G., Stiller, N., Berman, B. & Pomeranz, B. (Hrsg.) (2007). *Akupunktur. Lehrbuch und Atlas*, (7., überarbeitete und erweiterte Auflage). Verlag: Springer Medizin.
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M.R. & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *The Lancet*, 370, 859–877.
- Raben, R. Einführung in die Ohrakupunktur nach dem NADA Protokoll. In: Baudis, R. (Hrsg.) (1999). *Punkte der Wandlung–Suchtakupunktur nach dem NADA-Protokoll*: Verlag für Psychologie, Sozialarbeit und Sucht: 16–37.
- Raben, R. (2004a). Acupuncture in the Management of Stress (Akupunkturgestützte Stressbewältigung – eine Einführung). *Deutsche Zeitschrift für Akupunktur*, 47(2), 18–20.
- Raben, R. (2004b). Akupunktur nach dem NADA-Protokoll – Eine Übersicht zur Sucht-Therapie. *Deutsche Zeitschrift für Akupunktur*; 47(2), 35–40.
- Raben, R. (2011). Phasen der Stressbewältigung. Traumaverarbeitung und Stressbewältigung. *Deutsche Zeitschrift für Akupunktur*, 54, 13–17.
- Raben, R. (2019). NADA – der Wert des Nonverbalen. *Deutsche Zeitschrift für Akupunktur*, 62(1), 37–38.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385–340.
- Raith, W. (2014). Laserakupunktur als unterstützende Therapie beim Neugeborenen mit Entzugssyndrom aufgrund mütterlicher Substitutionstherapie: Erste Ergebnisse einer Pilotstudie. *Deutsche Zeitschrift für Akupunktur*, 57(12), 12–17.

- Reilly, P.M., Buchanan, T.M., Vafides, C., Breakey, S. & Dykes, P. (2014). Auricular acupuncture to relieve health care workers' stress and anxiety. *Dimension of Critical Care Nursing*, 33(3), 151–159.
- Reinecker, H. (2009). Therapieforſchung. In: Margraf, J. & Schneider, S. (Hrsg.). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen (Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1, 3. Auflage, S. 83–99)*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Remor, E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish journal of psychology*, 9(1), 86–93.
- Robson, T. (2003). *An introduction to Complementary Medicine (1<sup>st</sup> edition)*. London: Routledge. doi: <https://doi.org/10.4324/9781003116219>
- Röbe, A. (2015). Standardisierte Gruppenohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll bei allgemeinspsychiatrisch erkrankten Patienten einer Schweizer Tagesklinik. *Deutsche Zeitschrift für Akupunktur*, 58(2), 6–9.
- Röbe, A. (2016). Das NADA-Protokoll in der Behandlung einer Patientin mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung. *Deutsche Zeitschrift für Akupunktur*, 59, 25–27.
- Rubach, A. (2000). *Propädeutik der Ohrakupunktur*, Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Saß, H., Wittchen, H.U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision*. Göttingen: Hogrefe.
- Schneider, F. & Weber-Papen, S. (2010). *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie ...in 5 Tagen*. Heidelberg: Springer Medizin Heidelberg.
- Schneider, E. E., Schönfelder, S., Domke-Wolf, M. & Wessa, M. (2020). Measuring stress in clinical and nonclinical subjects using a German adaptation of the Perceived Stress Scale. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 20(2), 173–181. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.03.004>
- Schöl, R. & Künsebeck, H.W. (1984). Behandlungserwartungen bei psychosomatischen Patienten und deren Bedeutung in Poliklinik und Konsiliardienst. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, 30, 119–133.
- Schönegger, S. (2019). NADA im Psychosozialen Dienst Leibnitz. Behandlung von Stress, Trauma und posttraumatischer Belastungsstörung. *Deutsche Zeitschrift für Akupunktur*; 62(1), 43–44.

- Schönegger, S. & Ots, T. (2013). Wirksamkeit der NADA-Ohrakupunktur bei Menschen mit psychiatrischen Diagnosen im ambulanten Bereich: Eine Verlaufsstudie. *Deutsche Zeitschrift für Akupunktur*, 56(4), 9–12.
- Schweiger, U. & Hohagen F. (2000). Anpassungsstörungen. (S. 137-148). In: Helmchen, H., Henn, F., Lauter, H. & Sartorius, N. (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart 6. Erlebens- und Verhaltensstörungen, Abhängigkeit und Suizid*. Berlin: Springer.
- Seidel, S., Klösch, G., Kosheleva, A., Papantonio, K., Yang, L., Degenfellner, J., Weitzer, J. & Schernhammer, E. (2021). Help-seeking behavior of young and middle-aged Austrians with chronic insomnia: Results from the 2017 national sleep survey. *Sleep Epidemiology*, 1. <https://doi.org/10.1016/j.sleepe.2021.100002>
- Shakur, M. & Smith, M.O. (1979). The use of acupuncture in the treatment of drug addiction. *American Journal of Acupuncture*, 7, 223–228.
- Shmueli, A. & Shuval, J. (2006). Complementary and alternative medicine: Beyond users and nonusers. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, 14, 261–267.
- Smith, M.O. (1979). Acupuncture and natural healing in drug detoxification. *American Journal of Acupuncture*, 7, 97–107.
- Smith, M.O., Squires, R., Aponte, J., Rabinowitz, N. & Bonilla-Rodriguez, R. (1982). Acupuncture treatment of drug & alcohol abuse: 8 years' experience emphasizing tonification rather than sedation. *American Journal of Acupuncture*, 10, 161–163.
- Smith, M.O. & Khan, I. (1988). An acupuncture programme for the treatment of drug-addicted persons. *Bulletin on Narcotics*, 40(1), 35–41.
- Smith, M.O., Brewington, V. & Culliton, P. (1998). Acupuncture in addiction treatment. In: Sherman, B. R., Sanders, L.M. & Trinh, C. (Eds.) *Addiction and Pregnancy: Empowering Recovery Through Peer Counseling*. Praeger Publishing.
- Steinbrecher, N., Koerber, S., Frieser, D. & Hiller, W. (2011). The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. *Psychosomatics*, 52, 263–271.
- Steiner, D.L. (2003). Starting at the beginning. An introduction to Coefficient Alpha and Internal Consistency. *Journal of Personality Assessment*, 80(1), 99–103.
- Strittmatter, B. (2004). *Taschenatlas der Ohrakupunktur*. Stuttgart: Hippokrates Verlag.

- Stuyt, E.B., Voyles, C.A. & Bursac, S. (2018). NADA Protocol for Behavioral Health. Putting Tools in the Hands of Behavioral Health Providers: The Case for Auricular Detoxification Specialists. *Medicines (Basel)*, 5(1), 20.
- Vickers, A.J., Vertosick, E.A., Lewith, G., MacPherson, H., Foster, N.E., Sherman, K.J., Irnich D., Witt, C.M. & Linde K. (2018). Acupuncture Trialists C. Acupuncture for Chronic Pain: Update of an Individual Patient Data Meta-Analysis. *Journal of Pain*, 19(5), 455–474.
- Wancura-Kampik, I. (2017). Segment-Akupunktur. Der wissenschaftliche Hintergrund der chinesischen Akupunktur. München: Kiener.
- Wang, S. & Kain, Z. (2001). Auricular acupuncture: A potential treatment for anxiety. *Anesthesia and Analgesia*, 92(2), 548–553.
- Wang, S., Peloquin, C. & Kain, Z. (2001). The use of auricular acupuncture to reduce preoperative anxiety. *Anesthesia and Analgesia*, 93, 1178–1180.
- Washburn, A.M., Fullilove, R.E., Fullilove, M.T., Keenan, P.A., McGee, B., Morris, K.A. & Sorensen, J.L. (1993). Acupuncture heroin detoxification: A single-blind clinical trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10, 345–351.
- Wei, H., Xiaoyu, W., Hong, S., Hongyon, S., Liang, L., Xianghong, J. & Bing, Z. (2012). Auricular acupuncture and vagal regulation. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, Article ID 786839, 6 pages. <https://doi.org/10.1155/2012/786839>
- Weidig, W. (1998). Die Reha-Klinik Agethorst: Ein Modell für stationären Drogenentzug mit Akupunktur. *Deutsche Zeitschrift für Akupunktur*, 41, 43–46.
- Weidig, W. (2012). Akupunktur in Sucht und Psyche - ein Update. *Deutsche Zeitschrift für Akupunktur*, 55, 11–15.
- Weise, G. (1994). Gütekriterien speziell die Objektivität - von Tests in Abhängigkeit von der Art der Auswertung: Manuelle vs. Computerauswertung. In Bartussek, D. & Amelang, M. (Hrsg.). *Fortschritte der Differentiellen Psychologie und Psychologischen Diagnostik - Festschrift zum 60. Geburtstag von Prof. Dr. Kurt Pawlik* (S. 307-317). Göttingen: Hogrefe.
- Wen, H.L. & Cheung, S.Y.C. (1973). Treatment of drug addiction by acupuncture and electrical stimulation. *Asian Journal of Medicine*, 9, 138–141.

- Wen, H.L. & Teo, S.W. (1975). Experience in the treatment of drug addiction by electroacupuncture. *Xianggang Hu Li Za Zhi*, 19, 33–35.
- WHO (2017). Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates. World Health Organization.
- WHO (2019). Psychische Gesundheit. Faktenblatt.
- Wittchen, H.U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 357–376.
- Wittchen, H.U., Jacobi F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R. & Steinhausen, H.C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655–679.
- Wlasak R. (2012). *Implantat-Akupunktur*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Yarberry, M. (2010). Die Anwendung des NADA-Protokolls bei posttraumatischem Stresssyndrom (PTSD) in Kenia. *Deutsche Zeitschrift für Akupunktur*, 53(4), 6–11.
- Yousaf, O., Popat, A. & Hunter, M.S. (2015). An investigation of masculinity attitudes, gender, and attitudes toward psychological help-seeking. *Psychology of Men & Masculinity*, 16(2), 234–237. doi: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0036241>
- Zuaboni, G., Abderhalden, C., Schulz, M. & Winter, A. (Hrsg) (2012). *Recovery praktisch! Schulungsunterlagen*. Verlag Universitäre Psychiatrische Dienste UPD: Bern.
- Zuaboni, G. & Schulz, M. (2013) „Recovery praktisch!“. Schulungsunterlagen für Fachkräfte. In: Burr, C., Schulz, M., Winter, A. et al. (Hrsg) *Recovery in der Praxis. Voraussetzungen, Interventionen, Projekte*. Psychiatrie, Köln: 103–109.