

Neurokognitive Therapie, eine neue Morbus-Bechterew-Therapie?

Wertung der Therapieergebnisse einer Pilot-Untersuchung

von Dr. med. Edmund Edelmann, Internist und Rheumatologe in Bad Aibling

Die Neurokognitive Therapie ist durch Veröffentlichungen im Bechterew-Brief, durch Vorträge und durch Diskussionen innerhalb der DVMB eine in weiten Kreisen dieser Selbsthilfeorganisation bekannte Therapieform. Unter uns Rheumatologen ist sie bis heute noch weitgehend unbekannt. Zum ersten Mal wurde ich Anfang 1992 durch einen Patienten mit fortgeschrittener Spondylitis ankylosans auf diese Therapie aufmerksam gemacht.

Er war einer der Teilnehmer am Pilotprojekt, das gemeinsam von Dr. phil. E. Wüst (Wissenschaftstheoretiker, der diese Therapie entwickelt hat) und Chefarzt Dr. med. A. Pilger (Internist und Rheumatologe in München) initiiert wurde.

15 Patienten hatten am Pilotprojekt teilgenommen. Sieben dieser Patienten beendeten die Therapie *nach den Kriterien von Dr. Wüst* erfolgreich. Bei einem Patienten ist die in großen zeitlichen Abständen erfolgende Therapie noch nicht abgeschlossen. Vier Patienten brachen die Therapie vorzeitig ab (von denen einer, mit Morbus Bechterew im Endstadium und schmerzfrei, im Nachhinein als für diese Therapie ungeeignet angesehen werden muß). Bei drei Patienten konnte durch die Neurokognitive Therapie innerhalb von 60 Sitzungen kein hinreichend positiver Effekt auf den Krankheitsverlauf erreicht werden.

Mitte 1993 hatte ich Gelegenheit, die sieben Patienten, die nach den Kriterien der Neurokognitiven Therapie (vor allem Auflösung des "neurofokalen, pathogen wirksamen Systems") die Therapie erfolgreich abgeschlossen hatten, nachzuuntersuchen. Die Nachuntersuchung der sieben Patienten erfolgte 2, 12, 16, 16, 17, 20 bzw. 25 Monate nach Abschluß der Neu-

rokognitiven Therapie.

Diese sieben Patienten können folgendermaßen charakterisiert werden:

- alle Patienten HLA-B27-positiv,
- 5 männlich, 2 weiblich,
- Alter bei Krankheitsbeginn 14–30 Jahre, Mittelwert 21,7 Jahre,
- bei allen Iliosakralgelenk-Entzündung beiderseits,
- bei 6 Patienten (2 weiblichen und 4 männlichen) viele krankheitsspezifische *Syndesmophyten* (Knochenbrücken zwischen den Wirbelkörpern),
- Alter bei Beginn der Neurokognitiven Therapie 33–50 Jahre, Mittelwert 41,6 Jahre,
- Krankheitsdauer bis zum Beginn der Neurokognitiven Therapie 4–32 Jahre, Mittelwert 20 Jahre,
- Dauer der Neurokognitiven Therapie 12–58 zweistündige Sitzungen, Mittelwert 35 Sitzungen.

Bei 6 dieser Patienten handelte es sich um Patienten mit bereits langjährigem, fortgeschrittenem Morbus Bechterew mit weitgehend kompletter Einsteifung der gesamten Wirbelsäule. Bei einem Patienten lag röntgenologisch lediglich eine beiderseitige Entzündung der Iliosakralgelenke vor, klinisch hatte er vor Beginn der Therapie eine verminderte Wirbelsäulen-Beweglichkeit, Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule und eine periphere Gelenkbeteiligung.

Die Ergebnisse der Nachuntersuchung bezüglich einer Änderung der Wirbelsäulenbeweglichkeit wurden bereits von Dr. Pilger im vorhergehenden Aufsatz dargestellt.

Subjektiver Therapieerfolg

Subjektiv gaben alle sieben Patienten

eine Besserung der Wirbelsäulenbeweglichkeit an, wobei für alle Pat. das wesentlichste Phänomen hierbei das schmerzfreie Erreichen des individuellen Beweglichkeitsmaximums war.

Alle sieben Patienten berichteten, im Verlauf bzw. nach Beendigung der Therapie **schmerzf**rei geworden zu sein. Lediglich bei einem Patienten setzte diese Phase erst 2 Monate nach Beendigung der Neurokognitiven Therapie ein. Zum Untersuchungszeitpunkt, d. h. 2 bis 25 Monate nach Beendigung der Therapie (im Mittel ca. 15 Monate) waren sechs Patienten nach wie vor komplett schmerzf

frei, ein Patient gab an, noch geringe Schmerzen im Wirbelsäulenbereich zu haben (Bild 1). Passend zu der völligen (6 Patienten) bis weitgehenden (1 Patient) Schmerzfreiheit klagte keiner der Bechterew-Patienten nach Abschluß der Neurokognitiven Therapie noch über eine morgendliche Wirbelsäulensteifigkeit.

Alle sieben erfolgreichen Teilnehmer des Pilotprojekts konnten wieder unbe-

schwert Alltagsaktivitäten aufnehmen, die ihnen während der aktiven Phase ihrer Erkrankung vor Beginn der neurokognitiven Therapie durchwegs verwehrt, bzw. nur unter großen Schmerzen möglich waren. Als Beispiele seien Joggen, Fußballspielen, Holzhacken, alpiner Skilauf, Wanderungen unter Kälte- und Nässe-Einwirkung und Bergsteigen genannt. Mit Ausnahme eines Patienten hatten alle das Gefühl, nicht mehr an einer behandlungsbedürftigen Rheumaform erkrankt zu sein, und hatten jegliche Krankengymnastik aufgegeben. Alle Patienten hatten vor Beginn der Therapie noch regelmäßig oder zumindest bedarfsweise nichtsteroidale antirheumatische Medikamente eingenommen. Nach Beendigung der Therapie hatte keiner dieser Patienten nochmals einen Morbus-Bechterew-Schub erlitten oder ein antirheumatisches Präparat eingenommen. Lediglich bei einem Patienten war 3 Monate nach Beendigung der Therapie eine Iritis aufgetreten, die mit örtlich wirkenden Cortico-Steroiden relativ rasch zurückgedrängt werden konnte.

Erstaunlich war die bei all diesen Patienten feststellbare deutliche Steigerung des Wohlbefindens nach Beendigung der

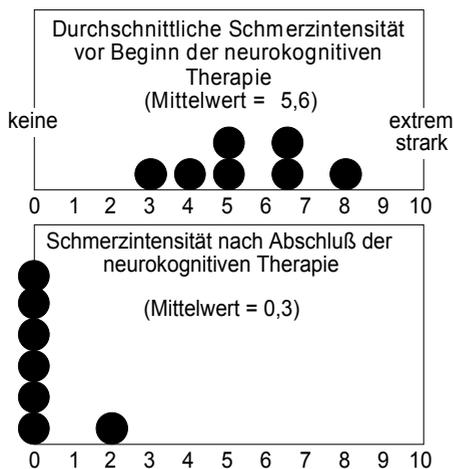


Bild 1: Durchschnittliche Schmerzintensität von 7 Bechterew-Patienten vor und nach der Neurokognitiven Therapie (Selbsteinschätzung nach Abschluß der Therapie)

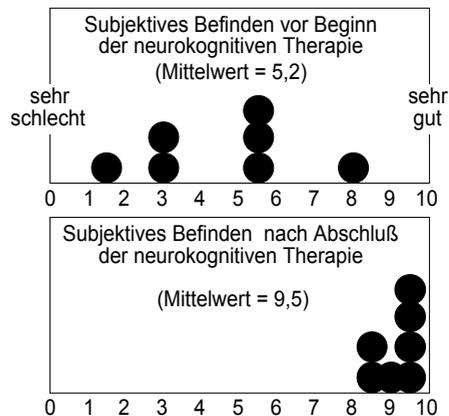


Bild 2: Subjektives Wohlbefinden der selben 7 Bechterew-Patienten vor und nach der Neurokognitiven Therapie (Selbsteinschätzung nach Abschluß der Therapie)

Therapie. Vier der sieben Patienten gaben an, sich seit Beendigung der Neurokognitiven Therapie sehr gut zu fühlen (*siehe Bild 2*), die drei übrigen Patienten gaben ebenfalls ein überdurchschnittliches Wohlbefinden an (8,5 und 9 der 10er-Skala des Befindens, bei der 0 ein sehr schlechtes, miserables Befinden bedeutet und 10 ein optimales Wohlbefinden). Dieses **gesteigerte, überdurchschnittliche Wohlbefinden** aller sieben Patienten nach der Neurokognitiven Therapie ist ein weiterer ungewöhnlicher Befund, der vielleicht als Ausdruck einer großen Wertschätzung der neu- bzw. wiedergewonnenen Lebensqualität gewertet werden kann.

Labor-Befunde

Nachdem es sich bei dem Pilot-Projekt nicht um eine in allen Einzelheiten geplante Studie, sondern um eine Therapiebegleitung und offene Therapiekontrolle handelte, lagen nicht bei allen Patienten genaue Daten zur entzündlichen Aktivität unmittelbar vor Beginn der Neurokognitiven Therapie vor. Insofern läßt sich bezüglich der laborchemischen Entzündungsparameter (*Tabelle 1*) kein verlässlicher Vergleich der Befunde vor und nach der Neurokognitiven Therapie vornehmen.

Trotz Schmerzfreiheit, trotz fehlender Morgensteifigkeit und trotz Ausbleibens

Tabelle 1: Laborchemische Entzündungsparameter vor und nach der Neurokognitiven Therapie:

BKS (1. Stunde) **vor** der Neurokognitiven Therapie:

70	19	—	—	8	—	4	mm
----	----	---	---	---	---	---	----

BKS (1. Stunde) Juni/Juli 1993, **nach** Abschluß der Therapie:

38	9	26	3	12	7	—	mm
----	---	----	---	----	---	---	----

CRP im Juni/Juli 1993, **nach** Abschluß der Neurokognitiven Therapie:

4,3	1,5	1,8	0,2	1,5	0,3	0,3	mg/dl
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-------

CRP-Werte aus der Zeit **vor** der Neurokognitiven Therapie lagen für keinen der Patienten vor.

von Schubsituationen hatten vier der sieben Patienten noch eindeutige laborchemische Zeichen einer Entzündungsaktivität, gemessen anhand der Werte für die Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit (BKS) und des C-reaktiven Proteins (CRP).

Keiner der Patienten hatte zum Untersuchungszeitpunkt Hinweise auf sonstige Infekte, so daß es sich mit großer Wahrscheinlichkeit um ein Aktivitätszeichen der Spondylitis ankylosans handelte.

Erhöhte laborchemische Entzündungszeichen und Schmerzfreiheit sind bei entzündlichen Rheumaformen zwar in der Regel, jedoch nicht in allen Fällen Gegensätze.

Röntgen-Befunde

In *Tabelle 2* sind die Röntgen-Befunde der sieben Patienten vor und nach abgeschlossener Neurokognitiver Therapie aufgelistet.

Interessant wäre natürlich, ob nach abgeschlossener Neurokognitiver Therapie ein weiteres Fortschreiten der Erkrankung im Röntgenbild feststellbar ist. Zumindest bei 3 Patienten bestand bereits eine "Bambusstab-Wirbelsäule", die eine weitere *Progredienz* (Fortschreiten) nicht erwarten läßt und – soweit dies kontrolliert wurde – auch nicht zeigte. Eine Patientin (Patient 2 in der Tabelle) zeigte zunächst im Röntgenbild eine Progredienz bis ½ Jahr nach der Therapie, während sich anschließend im 1jährigen Nachbeobachtungszeitraum wieder ein leicht rückläufiger Befund ergab.

Bei Patient 3 trat offenbar im Zeitraum von 1 Jahr vor der Therapie bis 2 Monate nach der Neurokognitiven Therapie eine Progredienz im Röntgenverlauf ein, es war aber unklar, zu welchem Zeitpunkt (vor oder während der Neurokognitiven Therapie) sich diese Progredienz mit neu aufgetretenen Syn- und *Mixtaosteophyten* (Mischform zwischen *Syndesmophyten* entzündlicher Ursache und *Spondylophyten* degenerativer Ursache) einstellte.

In einem Fall (Patient 6, der nur eine Krankheitsdauer von 4 Jahren hatte und die Symptomatik einer Sp. a. mit beidseitiger Iliosakralgelenks-Entzündung und peripherer Gelenksbeteiligung zeigte) waren 1½ Jahre nach Beendigung der Neurokognitiven Therapie bei der Zielaufnahme der Kreuzdarmbeingelenke keine röntgenologischen Aktivitätszeichen mehr feststellbar. Allerdings hatten auch unmittelbar nach der Neurokognitiven Therapie nur noch sehr geringe Aktivitätshinweise in Form einer sehr diskreten Sklerose bestanden.

Schlußfolgerungen

Wie sind nun diese Ergebnisse der Neurokognitiven Therapie des Morbus Bechterew aus internistisch-rheumatologischer Sicht zu werten ?

In jeder Hinsicht erstaunlich sind die Angaben der Patienten zur Schmerzintensität vor und nach der Neurokognitiven Therapie sowie der offensichtliche zeitliche Zusammenhang zwischen der Therapie und dem Beginn der *Remission* (Besserung) der Spondylitis ankylosans.

Spontan-Remissionen des Morbus Bechterew können zwar in jeder Krankheitsphase vorkommen, die hier beobachtete zeitliche Häufung während der Neurokognitiven Therapie und auch die in innerem Zusammenhang mit der Neurokognitiven Therapie stehenden Remissionen machen es jedoch sehr unwahrscheinlich, daß es sich hier um zufällige, nicht therapiebedingte Ereignisse handelt.

Dennoch sollten diese Ergebnisse mit Vorsicht bewertet werden: Ziel des Pilotprojekts war es aus rheumatologischer Sicht lediglich, einen ersten Eindruck über diese neue Therapieform zu gewinnen. Der erste Eindruck – dies kann den obenstehenden Zeilen entnommen werden – war in vielfältiger Hinsicht positiv.

Eine *prospektive* (von Anfang an kontrollierte und protokollierte), möglichst *randomisierte* (Auswahl der Patienten für Therapie- und Vergleichsgruppe nach

dem Zufallsprinzip), nach wissenschaftlichen Kriterien einwandfreie Studie mit einer hinreichend großen Zahl von Bechterew-Patienten sollte durchgeführt werden, um bald eine aussagekräftige Einschätzung der Wirksamkeit der Neurokognitiven Therapie, ihrer Erfolgsrate, der notwendigen Therapiedauer, der Nebenwirkungen und der Ausschlußkriterien für die Patientenauswahl zu ermöglichen.. Es ist zu begrüßen, daß dies auch das ausgesprochene Anliegen von Dr. Wüst ist.

Anschriß des Verfassers:

Lindenstr. 2, 83043 Bad Aibling

Tabelle 2: Röntgenbefunde vor und nach der Neurokognitiven Therapie (NKT):

Patient 1	LWS-Röntgenaufnahmen vor und 1 Jahr nach abgeschlossenem NKT: Kein Unterschied. Komplett durchgebaute Iliosakralgelenke, Syndesmophyten an der gesamten Lendenwirbelsäule
Patient 2	LWS- und ISG-Röntgenaufnahmen vor, ½ Jahr und 1½ Jahre nach abgeschlossenem NKT: ½ Jahr nach der NKT akzentuiertere Glanz-Ecken, Progression eines Mixtaosteophyten. 1½ Jahre nach der NKT rückläufige Spondylitis hemispherica, Befund an den Iliosakralgelenken unverändert
Patient 3	LWS-Röntgenaufnahmen 1 Jahr vor Beginn und 2 Monate nach Abschluß der NKT: Progredienz mit neu aufgetretenen Syn- und Mixtaosteophyten. Iliosakralgelenke komplett ankylosiert. (Therapiedauer 1½ Jahre)
Patient 4	LWS-Röntgenaufnahmen 2 Jahre vor Beginn und 1½ Jahre nach Abschluß der NKT: Progredienz (Zeitpunkt unklar). Weitgehend durchgebaute Iliosakralgelenke, Syndesmophyten
Patient 5	LWS-Röntgenaufnahmen vor Beginn und 1½ Jahre nach Abschluß der NKT: Kein Unterschied. Bambusstab-Wirbelsäule
Patient 6	LWS-Röntgenaufnahmen und Röntgen-Zielaufnahmen der Iliosakralgelenke 1 Jahr vor, unmittelbar nach und 1 Jahr nach der NKT: In der letzten ISG-Zielaufnahme bessere Einsehbarkeit der Iliosakralgelenke, keine Sklerose mehr
Patient 7	Keine Röntgen-Verlaufskontrolle. Bambusstab-Wirbelsäule vor der NKT