

# Neurokognitive Therapie der Spondylitis ankylosans: Beurteilung der Ergebnisse nach 2 Jahren

von Dr. med. Andreas Pilger, Internist und Rheumatologe, Chefarzt der Abteilung  
Physikalische Medizin des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing

Im „Bechterew-Brief“ Nr. 46 haben wir das erstmalig über die Neurokognitive Therapie des Morbus Bechterew berichtet, die in Form eines Pilotprojekts am 1. März 1991 begann mit dem ersten Patienten, der im selben Heft über seine Erfahrungen berichtete. Am 13. Juni 1992 lud der DVMB-Landesverband Bayern Ärzte, Psychologen und beteiligte Patienten zu einem interdisziplinären wissenschaftlichen Symposium ein, bei dem ich als Ärztlicher Berater des Landesverbands und rheumatologischer Begleiter des Pilotprojekts über vorläufige Ergebnisse berichtete.

Auch der folgende Bericht bezieht sich auf die allerersten Patienten, die 1991 mit der Neurokognitiven Therapie begannen.

Wie Dr. Wüst mir berichtete, konnte er durch die Arbeit mit vielen weiteren Patienten in den vergangenen zwei Jahren die Neurokognitive Therapie des Morbus Bechterew ständig weiterentwickeln und verbessern. Aufgrund der Erfahrungen mit inzwischen über 70 Bechterew-Patienten hält er die folgenden Erfolgswahrscheinlichkeiten (bei Patienten, die nicht wesentlich älter als 50 Jahre alt und höchstens im Stadium III sind) für realistisch:

Beim „*Endogenen Training*“, das 5 bis maximal 10 Sitzungen umfaßt und zugleich als Test für die Eignung für diese Therapiemethode dient, erweisen sich 60–70% der Patienten als geeignet und 30–40% als problematisch oder ungeeignet.

Im Mittel sind bei den „geeigneten“ Patienten (einschließlich des Endogenen Trainings) 30–40 (zweistündige) Sitzungen erforderlich, um das Ziel der Therapie zu erreichen. Einige Patienten schaffen es in weniger als 20 Sitzungen, während andere bis zu 60 Sitzungen benötigen. Das

Therapie-Ziel umfaßt sowohl die Auflösung der sich in der endogenen Wahrnehmung zeigenden pathogenen Strukturen als auch die Anregung regenerativer Prozesse, was zur völligen Befreiung von rheumatisch bedingten Beschwerden führen kann.

## Nachuntersuchungs-Ergebnisse

Von den 15 am Pilotprojekt beteiligten Patienten konnte ich 11 im August 1993 nachuntersuchen, darunter alle, die beim Symposium die Neurokognitive Therapie bereits abgeschlossen hatten. Die fehlenden vier Patienten haben entweder früh die Behandlung abgebrochen oder sind weggezogen, so daß sie im Nachuntersuchungszeitraum nicht erreichbar waren und für die Auswertung nicht zur Verfügung standen.

Alle Patienten, die nach neurokognitiven Kriterien die Therapie erfolgreich abgeschlossen haben, wurden außerdem in der Praxis von Dr. EDELMANN in Bad Aibling nachuntersucht, einschließlich eines Labor-Checks und teilweise neuer Röntgenaufnahmen. Die Ergebnisse stehen mir zur Verfügung. Dr. EDELMANN berichtet im anschließenden Aufsatz selbst über seine Auswertung, so daß ich hier auf Details verzichten kann.

Wie sich die 11 nachuntersuchten Patienten auf die Krankheitsstadien nach OTT/WURM und die Krankheitsaktivitäten nach NOLD/OTT verteilten, ist im *Bild 1* dargestellt. Diese Einteilungen sind vereinfacht in der Tabelle 1 beschrieben.

Wie diese 11 nachuntersuchten Patienten selbst den Erfolg der Behandlung einstufen, zeigt das *Bild 2*.

Welches waren nun die Ergebnisse und Eindrücke im Einzelnen?

Aktivitäts- grad 3		1		1
	2	1	4	1
	1	1	1	1
	Stadium I	II	III	IV

Bild 1: Verteilung der 11 nachuntersuchten Patienten auf die Krankheitsstadien nach OTT/WURM und die Krankheitsaktivitäten nach NOLD/OTT zu Behandlungsbeginn

Die beiden Patienten, die schon beim Symposium den Erfolg subjektiv mit 100 % angegeben hatten, waren weiterhin beschwerdefrei und uneingeschränkt belastbar. In den Röntgenaufnahmen sind bisher keine wesentlichen auf die Behandlung zurückführbaren Veränderungen erkennbar.

Die vier Patienten im Feld III/2 gaben beim Symposium im Juni 1992 den Erfolg

Tabelle 1: Einteilung der Krankheitsstadien nach OTT/ WURM und der Krankheitsaktivitäten nach NOLD/OTT bei der Spondylitis ankylosans

Stadium I:	Bewegungseinschränkung in der Lendenwirbelsäule, röntgenologisch: beidseitige Iliosakralgelenk-Entzündung
Stadium II:	Bewegungseinschränkung in mehreren Wirbelsäulen-Abschnitten, röntgenologisch: fortgeschrittene Iliosakralgelenk-Entzündung
Stadium III:	Röntgenveränderungen in mindestens 2 Abschnitten der Wirbelsäule
Stadium IV:	Bambusstab-Wirbelsäule
Aktivitätsgrad 1:	wenig Schmerzen, Atembreite 3-5 cm, Blutsenkung 10-25 mm
Aktivitätsgrad 2:	mäßige Schmerzen, reduzierter Allgemeinzustand, Atembreite 1,6-3 cm, Blutsenkung 26-50 mm
Aktivitätsgrad 3:	starke Schmerzen, schlechter Allgemeinzustand, Atembreite unter 1,6 cm, Blutsenkung über 50 mm

Aktivitäts- grad 3		60%		0%
	2	0%	20% 70% 80% 80%	60%
	1	100%	100%	0%
	Stadium I	II	III	IV

Bild 2: Reduktion der vor der Therapie vorhandenen Beeinträchtigung (Schmerzen, Beweglichkeitsbeschränkungen, mangelnde Belastbarkeit, Medikamentenbedarf) bei den 11 nachuntersuchten Bechterew-Patienten nach Selbsteinschätzung.

mit 70% / 80% / 80% / 80% an. Bei einer Patientin, die sich damals mit 80 % Erfolg einstuft, traten inzwischen eine Iritis und zunehmende Kreuzschmerzen auf, wenn auch milder verlaufend und rascher vergehend als vor der Therapie. Sie stuft den Erfolg jetzt mit 20 % ein\*). Die anderen drei Patienten sehen ihren Erfolg als unverändert stabil. Die klinischen (ohne Apparate ermittelbaren) Meßwerte haben sich durch die Therapie nicht verändert. Auch die Entzündungszeichen bei den Blutwerten, z. B. die Blutsenkungsgeschwindigkeit, waren in etwa gleich wie vorher.

Der Patient in II/3 war zur Zeit des Symposiums noch in Behandlung. Er fühlt sich jetzt deutlich besser, belastbarer. Seine objektiven Werte sind wie vor der Behandlung.

Bei Patient II/2 stellte sich wegen mangelnder Fähigkeit der endogenen Wahrnehmung kein Erfolg ein. Die Therapie hätte aus heutiger Sicht nach wenigen Versuchen abgebrochen werden müssen.

Der Patient IV/3, der sich zunächst mit 50 % einstuft, bei unveränderten objektiven Werten, ist innerhalb des letzten Jahres wieder auf seine Ausgangssituation

\*) Diese Patientin hat die Neurokognitive Therapie nicht abgeschlossen und ist daher im Aufsatz von Dr. Edelmann nicht berücksichtigt.

zurückgefallen und den gleichen Bedarf an steroidfreien Antirheumatika wie vor der Behandlung, so daß bei ihm der Erfolg mit null einzustufen ist.

Patient IV/2 war vor einem Jahr noch in Behandlung. Er hat inzwischen einen stabilen Zustand mit einer besseren Lebensqualität und Schmerzarmut sowie Medikamentenfreiheit erreicht.

Patient IV/1 war schon vor Behandlungsbeginn außerhalb von Schubsituationen schmerz- und medikamentenfrei. Ein vorübergehender Schub trat auch nach der Behandlung wieder auf.

Insgesamt haben sich die **Beweglichkeits-Zeichen** nach SCHOBER und OTT bei 3 Patienten um 2 bzw. 1 cm verbessert, bei 2 weiteren Patienten jeweils um 1 cm. Die übrigen nachuntersuchten Patienten zeigen eine unveränderte Beweglichkeit der Lenden- und Brustwirbelsäule.

In den Apparate-Befunden haben sich kaum Änderungen eingestellt: **Röntgenologisch** sind keine wesentlichen auf die Behandlung zurückführbaren Veränderungen erkennbar, lediglich die **Entzündungszeichen** der Blutwerte scheinen rückläufig zu sein.

## Schlußfolgerungen

Zusammenfassend ist zu sagen: Die von Dr. WÜST eingeführte Neurokognitive Therapie ist eine Bereicherung des Behandlungsangebots.

Für mich ist aus den Ergebnissen zu folgern:

- Je früher im Krankheitsstadium und im Lebensalter mit der Behandlung begonnen werden kann, desto größer sind die Erfolgs-Chancen und desto kleiner ist der Behandlungsaufwand. Möglicherweise schmälert die ankylose- oder osteoporosebedingte Eigendynamik der Krankheit im Spätstadium die Einflußmöglichkeit der Methode. Aber auch in fortgeschrittenen Stadien ist ein subjektiv anhaltender Erfolg durchaus möglich.

- Wenn die endogene Wahrnehmung nicht rasch erlernt werden kann, sinken die Chancen auf Erfolg. Mäßige Anfangserfolge beim Endogenen Training lassen keine langanhaltende Besserung des Wohlbefindens durch die Neurokognitive Therapie erwarten.
- *Bild 3* zeigt die Abhängigkeit der benötigten Therapiesitzungen vom Alter der Patienten. Offensichtlich gibt es eine Mindestanzahl benötigter Sitzungen, die umso höher liegt, je älter der Patient ist.

Im "Bechterew-Brief" Nr. 46 hatte ich *sechs Fragen* gestellt:

1. Für wen kommt die Therapie in Frage? Dies ist oben beantwortet worden.
2. Ist eine anhaltende Besserung/Heilung möglich? Ja: eine Besserung bei zwei Patienten immerhin über mehr als zwei Jahre.
3. Besteht in jedem Fall Nebenwirkungsfreiheit? Bei allen Probanden haben sich keine bleibenden körperlichen, geistigen oder seelischen Nebenwirkungen gezeigt.
4. Wieviele Sitzungen sind durchschnittlich nötig? Siehe *Bild 3*. Wem die endogene Wahrnehmung schwer fällt, bei dem dauert die Behandlung lang und der Erfolg bleibt wohl beschränkt.
5. Lassen sich die "Zentren" neuroanatomisch näher bestimmen? Bis jetzt ist darüber keine Aussage möglich.
6. Wäre die beschriebene Verbindung von "Nervenzentrum" zu entzündetem Gelenk als "energetische", etwa analog den Akupunkturmeridianen, zu denken? Bislang ebenfalls nicht zu beantworten.

Eine weitere Frage, die immer wieder auftaucht: *Übernehmen die Krankenkassen die Kosten?* Generell bis jetzt nein. Manche Kassen auf dem Kulanzweg voll, manche teilweise. Ärzte können die Therapie nicht verordnen, lediglich empfehlen.

**Mich beeindruckt das Therapieverfahren nach wie vor ungeheuer. Es zeigt**

**mir wieder einmal ganz deutlich die Zusammenhänge zwischen Körper, Geist und Seele, auch wenn dies mit unserem derzeitigen naturwissenschaftlich-mechanistischen Denken nicht vereinbar ist.**

Wie Dr. WÜST in einer zur Veröffentlichung vorgesehenen Arbeit „Die Neurokognitive Therapie des Morbus Bechterew“ schreibt, hat er die Methode aus dem Katathymen Bild-Erleben, einer psychotherapeutischen Methode von HANSCARL LEUNER, und der Hypnotherapie weiterentwickelt. Wir sehen auf anderen Gebieten ähnliche Entwicklungen. Welchen Siegeszug hält z. B. das "Neurolinguistische Programmieren" (NLP) in der Psychotherapie, im Management-Training oder der modernen Pädagogik, um nur einige Bereiche zu erwähnen! Hier sind auch imaginative Methoden und die Hypnotherapie nach MILTON ERICKSON als

Ahnen zu nennen.

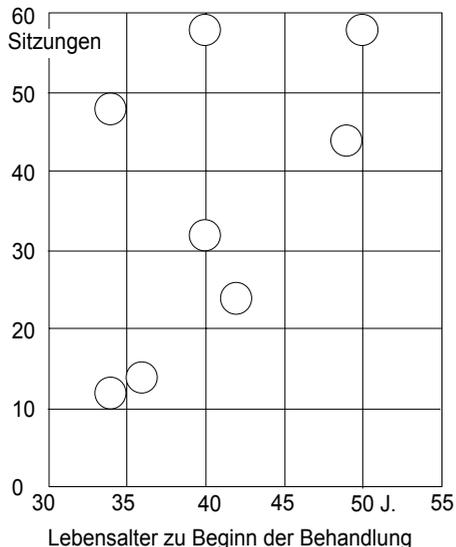
Auf dem Symposium im Juni 1992 wurde angeregt, Studien durchzuführen, bei denen die Neurokognitive Therapie im Vergleich zu psychotherapeutischen Verfahren untersucht werden soll. Weiterhin wurde angeregt, Ausbildungsmöglichkeiten in diesem Verfahren zu schaffen. Beides ist auch heute mit Nachdruck zu fordern. Nur durch breit angelegte Untersuchungen und unterschiedliche Untersucher sind weitere Aussagen möglich. Bis jetzt hat der Stand der Dinge schon gezeigt: Einfach wegzuwischen als sinnlos, „spinnert“ oder Scharlatanerie ist das Verfahren nicht.

Das Statement des sehr sachlichen, nüchternen Patienten, beim Symposium: „*Mein Bewegungsbereich ist nicht wesentlich besser als vorher in guten Zeiten, dafür aber seit Monaten ständig ohne Beschwerden voll ausschöpfbar*“ gilt – wie er mir Ende August 1993 bestätigte – unverändert.

Wie auch schulmedizinische Forderungen lauten mögen: **Wenn mehrere Patienten bestätigen, ihre Lebensqualität sei unvergleichlich besser, die körperliche und seelische Belastbarkeit stabiler und der Medikamentenbedarf gleichbleibend gleich null, ist das ein Erfolg, der für dieses Verfahren spricht.**

**Anschrift des Verfassers:**

Städt. Krankenhaus München-Schwabing  
Kölner Platz 1, 80804 München



*Bild 3: Anzahl der für den Therapieerfolg benötigten Sitzungen (zu je 2 Stunden) in Abhängigkeit vom Alter des Patienten zu Behandlungsbeginn, für die 8 nachuntersuchten Patienten, bei denen die Therapie erfolgreich war*