

Neuraltherapie in der Schmerzmedizin



Dr. Kurt Gold-Szklarski

NT ist eine Behandlungsmethode, die sich im Laufe der letzten 100 Jahre in Europa entwickelt hat. Sie basiert auf der zufälligen Beobachtung unerwarteter regulativer Effekte als Folge von anästhesiologischen Behandlungen (F. Huneke) und ist beeinflusst von Erkenntnissen der Akupunktur und manuellen Medizin. Ihr genauer Wirkmechanismus ist bis heute nicht vollständig erforscht.

Zahllose Kasuistiken belegen jedoch den zugrundeliegenden Mechanismus: NT kann als unspezifischer Reiz vom jeweiligen Individuum in Abhängigkeit von seiner momentanen biokybernetischen Situation spezifisch beantwortet werden. Das bedeutet, dass NT im Gegensatz zur Allopathie den Organismus nicht zu einer vorgegebenen Aktion zwingt, sondern ihm vereinfachend gesagt drei Möglichkeiten anbietet:

- a. Down-Regulation der bestehenden Beschwerden;
- b. Nichtansprechen;
- c. Up-Regulation (temporäre Verstärkung und Undulation von Beschwerden).

Bevor diese Vorgänge erläutert werden, soll auf die Eigenschaften der NT und ihre technische Durchführung eingegangen werden:

- NT ist ein holistisches Diagnose- und Therapieverfahren. Neuraltherapeuten bemühen sich, den Fokus weg vom Lokalgeschehen hin zum gesamten Individuum zu lenken.
- NT ist eine Form der Regulationsmedizin. Der Therapeut bietet mit dem Setzen eines Reizes dem Körper die Möglichkeit, sich aus einer allostatischen Situation¹ in eine normerge Reaktionslage² zurückzubewegen.
- NT ist Methode der 1. Wahl zum Erkennen und Ausschalten von Störfeldern.

Störfelder stellen klinisch latente Reizzentren dar, die den Organismus in eine allostatische Situation versetzen.

- NT ist eine Injektionstherapie mit Lokalanästhetika. Die Effektivität der Methode wird durch die Kombination aus Sticheffekt und Applikation kleiner LA-Mengen am richtigen Ort erreicht.

Die Diagnostik fußt in erster Linie auf der Erstellung einer speziellen Form der Anamnese, der Inspektion und Palpation des Patienten, der Funktionsprüfung und der Probeinjektion. Bildgebende Verfahren und Labor ergänzen das Diagnose-procedere, gelegentlich können zur Differenzierung weitere elektrophysiologische Testverfahren oder Thermoregulationsmessungen herangezogen werden (Elektroakupunktur, Infrarotthermographie). Diese Verfahren haben alle hinweisen den Charakter, liefern aber aufgrund ihrer Störanfälligkeit keine harten Fakten.

Kriterien, die durch die Anamnese erfasst werden:

- Aktuelle Beschwerden und das Ausmaß der durch sie hervorgerufenen Beeinträchtigung der Lebensqualität, Schmerzquantifikation und Ausmaß der Funktionsbeeinträchtigung.
- Darstellen einer Entstehungskaskade (ab dem Zeitpunkt der Geburt).
- Ausmaß und Art vegetativer Begleitsymptome;
- Psychosozialer Status;
- Risikobeurteilung, Komedikation, Indikationsstellung.

Kriterien, die bei der Inspektion und Palpation erfasst werden (Auswahl):

- Beeinträchtigung von Haltung, Symmetrie, Gangbild, Krümmungsanomalien der Wirbelsäule, Residuen nach

- Verletzung oder iatrogenen Eingriffen.
- Veränderungen der einzelnen Schichten der Körperhülle und ihre segmentale Zuordnung.
- Projektionssymptome und ihre Zuordnung zu Organen und Elementen des Bewegungsapparats.
- Funktionsbeeinträchtigung von Elementen des Bewegungsapparats.

Kriterien, die durch Probeinjektion und Palpationskontrolle erfasst werden:

- Zuordnung segmentaler Symptome zur Gesamterscheinung des aktuellen Syndroms;
- Bewertung der Störfeldwirkung im Rahmen des Syndroms;
- Differenzierung funktioneller Anteile an den Gesamtbeschwerden durch Aufdeckung ihrer Veränderbarkeit. Strukturierung eines Schmerzsyndroms;
- Erkennen von somatischen Engrammen, die das Allgemeinbefinden, die vegetative Regulation und die psychische Stabilität beeinträchtigen und Vermeidung von Fehleinschätzung wie „psychosomatische bzw. somatoforme Beschwerden“³.

Ein Vorteil, den man durch das diagnostische Procedere der NT im Rahmen der Schmerzmedizin erreichen kann, ist das sofortige Erfassen von funktionellen Störungen ohne aufwändige apparative Diagnostik, sowie das Darstellen der Veränderbarkeit von Beschwerdeanteilen. Weiters können Beschwerden mit Befunden in Beziehung gebracht werden, die in segmentaler oder suprasedgmentaler Beziehung zum Lokalbefund stehen. Fernstörungen durch muskuläre, arthrogene oder Fasziensbeziehung können entdeckt werden. Bei einer Reihe von Störfeldern kann eine Beziehung zum Syn-

drom detektiert werden, obwohl der Übertragungsweg nicht erklärbar ist. Beziehungen zum sympathischen Nervensystem bzw. zur Extrazellulären Matrix werden diskutiert.

Therapeutisch stehen segmentale Techniken wie intrakutane Quaddel, intramuskuläre Infiltration, Triggerpunktinfiltration, präperiostale Injektion, Injektion in Bänder, Sehnen und Aponeurosen, peri- und intraartikuläre Injektion sowie Injektion an Radix und Spinalganglia, Störfeldbehandlung durch Injektionen an, in oder um eine störfeldverdächtige Läsion, sowie bei speziellen Indikationen Injektionen an Strukturen des sympathischen oder parasympathischen Nervensystems (GLOA, Stellatumblockade, Injektion in den Hiatus sacralis, an den Plexus unterovaginalis etc.). Eine systemische Anwendung in Form von intravenösen/paravenösen Injektionen sowie der Infusion steht ebenfalls zur Verfügung.

Die Planung des therapeutischen Vorgehens ist der schwierigste Teil: nicht vorhersagbare Faktoren wie die individuelle regulatorische Situation des Patienten, teilweise fehlende strukturelle Beziehungen zwischen Symptomatik und Fernstörung sowie diffuse Beschwerden wie Müdigkeit, Leistungsknick und vegetative Irritabilität zwingen zu einer dynamischen Vorgangsweise in jeder Dimension. Probetherapie, präzises Follow-Up und die dauernde Bereitschaft des Therapeuten zur Änderung der Strategie an jedem Zeitpunkt der Therapie sind unbedingt erforderlich. Variablen können Fehleinschätzung durch den Therapeuten, Übersehen von Fernbeziehungen (Zeitdruck, Dissimulation, Geringfügigkeit der Läsion), Störungen des Regulationsverhaltens durch bestimmte Erkrankungen oder Medikation⁴ oder generell durch individuelle Beziehungsstörungen zwischen Arzt und Patient darstellen. Auch psychosoziale Faktoren wie z.B. sekundärer Krankheitsgewinn müssen als mögliche Hindernisse kalkuliert werden.

Die Durchführung der Therapie kann folgendermaßen skizziert werden

Nach Erheben der Anamnese und der 5-Sinnediagnostik erfolgt die Entscheidung NT ja-nein. Ist der Patient geeignet, dann kann sofort die erste Probetherapie erfolgen. Gleichzeitig wird eine Ko-Medikation verordnet und die Planung der weiteren diagnostischen Schritte und die

Anweisung, welche Beobachtungen seitens des Patienten erforderlich sind, werden ausgegeben. Zu diesem Zeitpunkt besteht lediglich eine hypothetische Diagnose. Eine vorbestehende Medikation wird belassen, der Patient wird jedoch angewiesen, bei Nachlassen der Beschwerden gewisse Medikamente schrittweise zu reduzieren.

Bei der Zweitkonsultation wird die Vorgangsweise an die anamnestischen und funktionellen Veränderungen angepasst, morphologische und laborchemische Resultate werden integriert. Die Medikation kann variiert werden. Die Planung der weiteren Intervalle resultiert aus dem berichteten Ansprechverhalten des Patienten und der Kontrolluntersuchung.

Nach drei bis vier Konsultationen kann definitiv entschieden werden, ob sich der Patient für die Fortführung der NT eignet (monotherapeutisch oder adjuvant). Auch zu diesem Zeitpunkt besteht nur eine hypothetische Diagnose⁵. Die effektive Diagnostik ist erst am Ende der Therapie abgeschlossen.

Einschätzung der Methode

NT nützt jedem Therapeuten in allen klinischen Fächern in Bezug auf Diagnostik und Therapie. Sie kann mit jeder anderen Methode ohne erwähnenswerte Interaktion kombiniert werden. Dualer oder dreifache Antikoagulation sind die einzigen praktisch relevanten Kontraindikationen, auf Patientenseite sind floride Dermatosen, seltene Allergie auf LA oder Angst vor Injektionen limitierend.

NT ist eine sehr gut geeignete First-Line-Schmerztherapie. Sie kann unmittelbar nach physikalischer Examination begonnen werden, was einer Chronifizierung ebenso entgegenwirkt wie ihre antagonistische Wirkung auf allen Ebenen der peripheren Sensibilisierung.

Bei länger dauernden Störungen und auch bei chronischen Schmerzpatienten können plastische Anteile am Syndrom entschlüsselt und so zumindest eine Teilentlastung des Patienten angestrebt werden. Fehleinschätzungen und fatalistische Diagnosen können in ihrer Häufigkeit reduziert werden.

Nachteil der Methode ist der geringe prädiktive Aussagewert. Die Ergebnisse sind stark an die Schulung des Therapeuten gebunden. Daher wirkt sich hier ein

Wechsel von Therapeuten, wie er im Ambulanzbetrieb die Regel ist, erschwerend aus. Schäden durch NT werden selten durch methodische, sondern in der Regel durch Therapeutenfehler verursacht.

Die Arzt-Patienten-Beziehung ist ein wichtiger Faktor. Der oft diskutierte Placeboeffekt ist eine positive Nebenerscheinung und generell anzustreben! Durch die intensive Beziehung und den Körperkontakt bei der Untersuchung ist das Ausmaß der Zuwendung für den Patienten deutlicher spürbar als bei medikamentöser Schmerztherapie.

Derzeit ist die Integration von NT in den klinischen Alltag zahlreichen Schwierigkeiten ausgesetzt: Vermeintlicher Zeitdruck, fehlende Kenntnisse, Fehleinschätzung bzw. unnötige Vorurteile verhindern eine flächendeckende Nutzung. Andererseits betreiben viele Kollegen täglich teilweise unbewusst NT, indem sie TLA, Narbeninfiltration, Störfeldelimination (Zahnextraktion etc.) vornehmen. Könnte man sämtliche Beobachtungen und Erkenntnisse zusammenführen, würde ein für alle Beteiligten spürbarer Nutzen entstehen. Das System könnte durch weniger Fehlzusweisungen und geringere Heilmittelkosten profitieren. Eine breitere Schulung der praktisch tätigen Therapeuten und das Hinzuziehen beratender Experten scheinen für die Realisation dieser Perspektiven empfehlenswert. Durch eine breitere Anwendung könnten auch die schon lange erwünschten klinischen Daten erhoben werden.

1. Allostatistische Situation = Chronische Störung der regulatorischen Systeme, die mit exzessiver Produktion bestimmter Mediatoren und inadäquater Produktion anderer Faktoren einhergeht, z.B. die chronische Steigerung inflammatorischer Zytokine und niedriger Kortisolspiegel beim Chronic Fatigue Syndrome (McEwen 2004)
2. Normergie = ausgewogenes Verhältnis zwischen Ergotropie und Trophotropie sowie die Fähigkeit des Organismus, nach Beantwortung eines Reizes zeitgerecht wieder in die Ausgangslage zurückzukehren.
3. Die Diagnose „somatoforme Störung“ wird nicht angezweifelt. Regulationsmediziner erleben jedoch in der Praxis wiederholt Fälle, bei denen ursprünglich eine solche Diagnose gestellt wurde, und die Beschwerden sich schließlich als rein somatisch entschlüsseln ließen. Die Kenntnis funktioneller somatischer Diagnostik ist zur Diagnosefindung ebenso erforderlich wie psychologische und psychosomatische Wissen.
4. Immunsuppressive Therapie, Chemotherapeutika, etc.
5. Diagnose (griech.) = durchschauend erkennen.

*Dr. Kurt Gold-Szklarski
Arzt für Allgemeinmedizin
Erdbergstraße 126/1/1/2, A-1030 Wien
Tel.: +43/1/712-23-73
Fax: +43/1/712-23-73-40
kurt.gold@chello.at*