

Atemtherapie

Atemtherapie im weitesten Sinne könnte verstanden werden als jegliche Therapieform, die primär über die Arbeit am Atem einen therapeutischen Effekt bewirken möchte. In diese globale Formulierung ließe sich ein weites Spektrum unkonventioneller Therapieformen einreihen: Angefangen von Pranayama (Atemübungen des Yoga als spirituelle Praxis und Entspannungsmethode) über Rebirthing und Holotropes Atmen nach S. Grof (transpersonale Psychotherapie), Bioenergetic nach W. Reich und A. Lowen (körperorientierte Psychotherapie), Funktionelle Entspannung nach M. Fuchs (körperorientierte Psychotherapie), die verschiedenen Richtungen der Atemtherapie der Arbeits- und Forschungsgemeinschaft für Atempflege (AFA) und zahllose kleinere, unabhängige, selbsterfahrungsorientierte und/oder schamanische Atemmethoden bis zu den mehr mechanischen Atemtechniken der Krankengymnastik. Der umfangreichen Literatur zur Respiration in Pulmonologie und Anästhesie, der es um die ganz existenziellen biologischen Grundbedingungen des Lebens geht, stehen erst Anfänge der wissenschaftlichen Bearbeitung des Spektrums der Atemtherapien gegenüber, denen es eher um die Lebensqualität als ums Überleben geht, und die – mit Ausnahme der Funktionellen Entspannung (FE) – außerhalb der konventionellen Medizin angesiedelt sind. Die Naturheilverfahren sind – neben der Psychotherapie – quasi das einzige und dazu recht schmale Fenster, durch das ein wissenschaftlicher Mediziner heute einen ärztlichen Blick auf diese Verfahren werfen kann. Die hier gemachten Ausführungen werden sich im Wesentlichen auf den Teil der Atemtherapie im engeren Sinne beschränken, der von den in der Arbeits- und Forschungsgemeinschaft für Atempflege (AFA) organisierten Mitgliedern des Berufsverbandes der Atemtherapeuten in Deutschland, in der Schweiz und bei deren Ablegern in den USA ausgeübt wird und von STEINAECKER im vorstehenden Kapitel dargestellt ist.

Stichworte: Propriozeption, *Sense of Self*, Interozeption, Selbst-Konzepte, Sammlung, Konzentration, Sammlungsfähigkeit, *Coping Skills*, Körper-raumbild

W.-EBERHARD MEHLING

»Mir scheint, dass diese Vernachlässigung der Körperempfindungen möglicherweise ein Ausdruck der allgemein für die abendländische Kultur charakteristischen Leibfeindlichkeit ist, die vielleicht deren Abneigung gegen die Sexualität noch bei weitem übertrifft«. RUTH COHN (1955)

Erste Anfänge von Forschung zur Atemtherapie

Um eine genaueren Begriff von dieser Form der Atemtherapie zu erhalten, zu ihrer Definition, ihrem Verhältnis zur Medizin und ihren Erfolgen mit Patienten, haben Bischof und der Autor anhand von Fragebogenerhebungen in den Jahren 1990 bzw. 1997 jeweils ausführliche deskriptive Studien zusammengestellt (BISCHOF ET AL. 1991, MEHLING 1999). Zur Auswertung therapeutischer Erfolge der Atemtherapie gibt es erste klinische Studien von LOEW ET AL. (1996a, 1996b, 2000, 2001) zur Funktionellen Entspannung (Atemtherapie als einer Form von Psychotherapie), die von UEXKÜLL ET AL. (1994) zum Thema einer bemerkenswerten qualitativ-phänomenologischen Studie gemacht wurde. Zur Atemtherapie im Sinne der AFA gibt es lediglich eine klinische Untersuchung von AUST und FISCHER (1997) und eine noch unveröffentlichte Pilotstudie von STEINAECCKER ET AL. (Manuskript). Weitere in Planung oder in

In diesem Beitrag finden Sie:

- eine Definition der Atemtherapie aus der Sicht der Anwender;
- Ausführungen zur Propriozeption als gemeinsamem Nenner körpertherapeutischer Verfahren
- eine Beschreibung der spezifischen Atemerfahrung;
- eine Darstellung der Gestaltelemente der Atemtherapie;
- Indikationen, Kontraindikationen und Nebenwirkungen der Atemtherapie;
- theoretische Überlegungen zur Wirkungsweise;
- eine Zusammenfassung von Interventions-Studien.

den ersten Datenerhebungen stehende un abgeschlossene Studien in Deutschland, der Schweiz und den USA können hier noch nicht aufgeführt werden. Zur Geschichte der Atemtherapie seit den Zwanzigerjahren darf ich auf die Ausführungen Müller-Braunschweigs (Kapitel 09.02) und Steinaeckers (Kapitel 09.08) im vorliegenden Werk verweisen.

Definition der Atemtherapie

Wie die Atemtherapeuten selbst ihre Methode verstehen, geht aus einer Befragungsstudie des Autors (1999) an sämtlichen in der AFA organisierten Atemtherapeuten Deutschlands hervor. Die AFA zählt heute über 600 Mitglieder, von denen zum Zeitpunkt der Erhebung 75 % in ihrem Beruf aktiv tätig waren. Hierzu wurden statistische Mittelwerte (μ) zwischen 1 (für »immer«) und 4

(für »nie«) für die Eignung vorformulierter Kategorien zur Charakterisierung der Atemtherapie und für den Grad der Zustimmung zu vorgegebenen Behandlungszielen ermittelt. Als Maß der Übereinstimmung zwischen den Anwendern zu der jeweiligen Aussage wurde die Standardabweichung (σ) ermittelt. Tabelle 1 führt die Antworten der Atemtherapeuten zur Klassifizierung ihrer Therapie auf, geordnet nach dem Grad der Übereinstimmung; je kleiner die Standardabweichung, umso größer die Übereinstimmung unter den Therapeuten. Tabelle 2 führt in derselben Rangordnung an, wel-

che Behandlungsziele die Atemtherapeuten in ihrer Arbeit verfolgen.

Das wesentliche Element in der Atemtherapie ist demnach eine Schulung der – auf die Empfindung des Atems gerichteten – Körper selbstwahrnehmung, die zu einem erfahrbaren präkognitiven Verständnis der inneren Beziehung von leiblichen und seelischen Prozessen führen soll. Die kognitive Bearbeitung des subjektiv Erlebten kann zwar »oft« ein Element der Atemtherapie sein. Aus der großen Varianz ($\sigma = 1,01$, größte Varianz) zu dieser Aussage geht jedoch hervor, dass eine verbale kognitive Verarbeitung nicht

Tabelle 1: Atemtherapie aus der Sicht der Anwender. »Wert« ist der Mittelwert (mean = μ) zwischen 1 (für »immer«) und 4 (für »nie«) für die Eignung der Kategorie zur Charakterisierung der Atemtherapie. –»Std Abw« = Standardabweichung als Maß der Übereinstimmung zwischen den Anwendern zur Aussage, »Zustim« = Grad der Eignung einer Kategorie ausgedrückt mit Symbolen: +++ für »immer« ($\mu < 1,33$), ++ für »oft« ($\mu > 1,33, < 2,33$), + für »manchmal« ($\mu > 2,33, < 3,5$), – für »nie« ($\mu > 3,0$).

Rang	Kategorie	Wert	Std Abw	Zustim
1	ein Verfahren der Gesundheitsförderung	1,28	0,59	+++
2	ein suggestives Verfahren	3,71	0,61	–
3	ein pädagogisches Verfahren, Lebensschule, Entwicklungsarbeit	1,39	0,62	++
4	eine Ergänzung zur Psychotherapie	2,24	0,80	++
5	ein Entspannungsverfahren, Stressbewältigung	1,82	0,81	++
6	ein dritter Weg zwischen Therapie des Körpers und Psychotherapie	1,66	0,88	++
7	ein musisch-kreatives Verfahren	2,47	0,94	+
8	ein spiritueller Weg, Form der Meditation oder des Gebets	2,48	0,96	+
9	eine Form von Psychotherapie	2,55	0,98	+

Tabelle 2: Behandlungsziele innerhalb der atemtherapeutischen Behandlung.
 »Wert« ist der Mittelwert (mean = μ) zwischen 1 (für »immer«) und 4 (für »nie«) für den Grad der Zustimmung zu einem Behandlungsziel. »Std Abw« = Standardabweichung als Maß der Übereinstimmung zwischen den Anwendern zur Aussage (kleine SD bedeutet große Übereinstimmung), »Zustim« = Grad der Zustimmung zu einem Behandlungsziel dargestellt mit Symbolen: +++ für »immer« ($\mu < 1,25$), ++ für »oft« ($\mu > 1,25, < 1,75$), + für »weniger oft« ($\mu > 1,75, < 2,5$), – für »nie« ($\mu > 3,0$).

Rang	Ziel	Wert	Std Abw	Zustim
1	Schulung der Wahrnehmung von Körperempfindungen	1,07	0,31	+++
2	Erleben/Verstehen des inneren Zusammenhangs von seelischen und leiblichen Prozessen	1,23	0,48	+++
3	Entwicklung eines erlebnisorientierten Körperbewusstseins	1,33	0,64	++
4	Bewusstmachen des autonomen Atems	1,37	0,68	++
5	Anschluss an das Wesen, Weg vom Ego zum Selbst	1,59	0,79	++
6	Herstellen einer authentischen Beziehung	1,48	0,81	++
7	Anwendung einer Atemtechnik	3,29	0,90	–
8	Selbst-Erleben in größeren Zusammenhängen	1,90	0,90	+
9	freies Strömen der Lebensenergie/Pneuma	1,65	0,93	++
10	Rhythmisierung des unbewussten Atems	1,76	0,97	+
11	kognitive Verarbeitung des Erlebten	1,81	1,01	+

als wesentlicher Bestandteil der Therapie angesehen wird. Atemtherapie wird nicht als das Einüben von Atemtechniken ($\mu = 3,29$, größte Ablehnung) oder von »korrekten« Atemweisen gesehen, die vermeintlich »falsche« Atemmuster korrigieren oder ein defizitäres Atemvolumen vergrößern sollen. Sie wird auch nicht als ein suggestives ($\mu = 3,71$; $\sigma = 0,61$, große Übereinstimmung in der Ablehnung dieser Aussage) oder hypnotisches Entspannungsverfahren angesehen. Die Therapeuten in unserer Studie sehen Atemtherapie als eine Methode der Ge-

sundheitsvorsorge ($\mu = 1,28$; $\sigma = 0,59$; größte Zustimmung, geringste Varianz) und »fast immer« als eine pädagogische Methode zur persönlichen Entwicklung, »manchmal« als eine Form der Psychotherapie, »öfters« als eine Ergänzung zur Psychotherapie und »sehr oft« als eine dritte Modalität neben Organmedizin und Psychotherapie, die sich nicht einfach der einen oder anderen Richtung unserer – dem Leib-Seele-Dualismus entsprechend – dichotomen Medizin zuordnen lässt. Knapp die Hälfte (49 %) der Atemtherapeuten wenden mindestens ein Verfahren

der Psychotherapie in Kombination mit der Atemtherapie an MEHLING 1999).

Propriozeption als gemeinsamer Nenner körpertherapeutischer Verfahren

Die verschiedensten Formen von Körpertherapie oder »Körperarbeit« (z. B. Feldenkrais, Alexander, Yoga, TaiChi, Eutonie, *sensory awareness*, Atemtherapie), das mentale Training im Leistungssport, Entspannungsmethoden wie Autogenes Training und Progressive Relaxation und die Meditation scheinen einen gemeinsamen Nenner zu haben: sie fokussieren auf sensorische Körperempfindungen, schalten um vom Denken zum Spüren der eigenen propriozeptiven Wahrnehmungen, oder sie nutzen den Fokus auf die Körperwahrnehmungen, um Entspannung bzw. einen meditativen Geisteszustand zu erreichen. Die Atemtherapeuten der Studie des Autors (MEHLING 1999) bestätigen mit eindrücklicher Übereinstimmung, dass dieses Training der Körper selbstwahrnehmung zentrales Element der Atemtherapie ist (s. Tabelle 2).

»Körper selbstwahrnehmung« in der Sprache der Atemtherapeuten scheint dasselbe Phänomen zu beschreiben, was in der jüngeren Psychologie (und Neurologie) als Interozeption und in der Medizin als Propriozeption bezeichnet wird. Der medizinische Begriff der »Propriozeption«

entstand zu Anfang des letzten Jahrhunderts, als der Neurologe SHERRINGTON (1906) den bis dahin so genannten »Muskelsinn« untersuchte und ihn in Propriozeption umbenannte. Darunter wird heute noch in Neurologie und Orthopädie generell die Fähigkeit verstanden, Nervenimpulse aus Muskeln, Sehnen und Gelenken wahrzunehmen, die uns deren Spannungszustand und Stellung im Raum erkennen lassen. »Proprio« steht für »Eigen« und »-zeption« für »sinnliche Wahrnehmung«, sinnliche Eigenwahrnehmung also im Gegensatz zur Funktion der anderen fünf Sinne (Berührung, Geschmack, Geruch, Gehör und Sehen), die unsere individuelle Innenwelt mit der Außenwelt verbinden. Der übliche medizinische Sprachgebrauch begrenzt die sinnliche Eigenwahrnehmung auf Wahrnehmungen des muskuloskelettalen Systems, für die die neurologischen Grundlagen – Rezeptoren, neurale Bahnen und zentrale Verarbeitung – hinreichend bekannt sind. Der von biologischen Psychologen geprägte (VAITL 1993, 1997) und in der modernen Neurologie aufgegriffene (DAMASIO 1999) Begriff der »Interozeption« meint etwas breiter – und unter Einschluss der Propriozeption – sämtliche aus dem Körperinnen stammenden sensorischen Wahrnehmungen, also z. B. auch aus dem Herz-Kreislaufsystem, der Atmung und dem Gastrointestinaltrakt. Ich werde den zur Zeit in der medizinischen Literatur noch verbreiteteren

Begriff der Propriozeption hier im erweiterten Sinne etwa gleichbedeutend neben dem Begriff der Interozeption verwenden.

Es gibt verschiedene ärztliche Hinweise, dass in dieser Propriozeption für die Medizin ungeahnte Qualitäten verborgen sein könnten, die dem allgemeinen medizinischen Diskurs bisher entgangen zu sein scheinen. So fragt sich etwa der englisch-amerikanische Neurologe OLIVER SACKS (1984), dessen Gedanken insbesondere auch bei UEXKÜLL ET AL. (1994) aufgegriffen wurden, »... wieviel von jenem seit Descartes in der Philosophie vorherrschenden absurden Leib-Seele-Dualismus durch ein richtiges Verständnis der Propriozeption hätte vermieden werden können.«

In der deutschen psychosomatischen Medizin noch kontrovers diskutiert (THOMÄ 1992) und in der amerikanischen Medizin noch gänzlich ignoriert behauptet die körperorientierte Psychotherapie, dass die Propriozeption die neurologische Grundlage des »Körper-Selbst« sei, die Basis unseres *Sense of Self*, dessen Einheit durch Propriozeption ständig wiederaufgebaut werden müsse (UEXKÜLL ET AL. 1994). Die Propriozeption erscheint hier als eine zentrale Funktion, die den Kern jeder psychologischen Erfahrung berührt und die das grundlegende strukturelle Element des *Sense of Self* ist, in seiner Entwicklung beim Kind detailliert beschrieben von Daniel Stern (STERN

1985). Das Schicksal dieser kindlichen Erfahrung mit der Propriozeption reicht möglicherweise in die Bereiche der Verhaltensmedizin, für die eine Störung oder der Verlust des *Sense of Self*s wesentlich angenommen wird.

Der amerikanische Neurologe A. DAMASIO (1999) führt umfangreiche klinische und experimentelle Forschungsergebnisse an, um seine These zu stützen, dass der Körper mit seinen sensorischen Wahrnehmungen die Grundlage des Selbst ist und beschreibt detailliert die entsprechenden neuralen Verbindungen und zentralnervösen Repräsentanzen. Mit den Daten der zeitgenössischen Neurologie lässt sich nach Damasio das kartesiansche Konzept eines aus dem Gehirn geborenen Ich-Bewusstseins (»cogito ergo sum«) nicht mehr wissenschaftlich vereinbaren. Er stellt kategorisch fest: ohne Proprio- oder Interozeption gibt es kein Selbst.

Bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen wurde in den letzten Jahren in verschiedenen Studien ein messbares propriozeptives Defizit nachgewiesen. Zunächst von Epidemiologen in Bevölkerungsstudien beobachtet (RASPE und KOHLMANN 1993) und von psychosomatisch arbeitenden Neurologen (KÜTEMAYER und SCHULTZ-VENRATH 1995) und dem Psychoanalytiker CANZLER (1991) ausführlich beschrieben, konnten BRUMAGNE ET AL. (2000) sowie GILL und CALLAGHAN (1998) experimentell eine defizi-

täre Propriozeption für Patienten mit chronischen unspezifischen Rückenschmerzen messen. HASENBRING (1993) zeigte in verhaltensmedizinischen Studien, dass bei chronischen Schmerzen »Kognitionen der Ablenkung und Aufmerksamkeitsumlenkung« und Vermeidungsverhalten äußerst ungünstig und sogar ein wesentlicher Risikofaktor für Chronifizierung sein können. »Sensory monitoring techniques« (HASENBRING 2000) oder körperbezogene Therapieformen, bei denen die körperliche Selbstwahrnehmung, die nach KÜTEMAYER und SCHULTZ-VENRATH (1995) bei der früheren Lebensweise gelitten habe, wieder entwickelt werde, werden ausdrücklich für die Therapie chronischer Rückenschmerzen empfohlen. Für die Rehabilitation von Knieverletzungen und die Sturzprophylaxe geriatrischer Patienten ist die Wirkung des Übens der propriozeptiven Körperwahrnehmung klinisch untersucht und als therapeutisch hilfreich nachgewiesen. Der Nachweis der Wirkung einer solchen Intervention in der Therapie chronischer Rückenschmerzen steht noch aus.

Die spezifische Atemerfahrung

Die Atemtherapie als eine Form propriozeptiver Therapie hat als besonderen Fokus der körperlichen Selbstwahrnehmung die sinnliche Erfahrung des rhythmischen

Atmens. Dies soll – nach den Aussagen der Atemtherapeuten in der Studie des Autors – die »Wahrnehmung einer Beziehung von Seelischem und Leiblichem« erlauben. Der Atem ist nach Müller-Braunschweig (s. Kapitel 09.02) für die psychosomatische Therapie an der »Kreuzungsstelle zwischen autonomem und willkürlichem Nervensystem« ein ideales Objekt für den Fokus der nach innen gerichteten Aufmerksamkeit. Der Steuerung über das autonome Nervensystem entspricht unsere unbewusste, autonome Atemweise; der Steuerung über das willkürliche Nervensystem die willentliche und bewusste Atemweise, bei der der Atem in seinen Qualitäten manipuliert und willentlich beeinflusst wird. In der Atemtherapie der AFA wird neben diesen beiden Funktionsweisen des Atems noch eine dritte formuliert: der erfahrbare, zugelassene Atem (FISCHER 1998, MIDDENDORF 1984). Der unbewusste Atem soll bewusst erfahren werden, ohne ihn dabei jedoch willentlich zu beeinflussen; der bewusste Atem soll zugelassen werden, ohne dabei in Trance zu fallen oder einzuschlafen. In der Art, wie die Aufmerksamkeit auf den Atem gerichtet werden soll, unterscheiden sich die verschiedenen Schulen der Atemtherapie.

Was ist das Ergebnis dieser propriozeptiven Hinwendung zum Atem? Der britisch-amerikanische Neurologe OLIVER SACKS (1984) beschreibt das, was als Wirkung seiner intensiven, aber entspannten

Hinwendung zur Propriozeption geschehen kann, recht dramatisch: »Was war es also, das plötzlich ... zurückgekehrt war? Es war die triumphale Rückkehr des reinen, lebendigen *Ichs*, das ich ... verloren hatte; nicht das geisterhafte, denkende, solipsistische *Ich* Descartes', das nie fühlt... Was zurückkehrte, was sich so fühlbar, so herrlich ankündigte, war ein dichtes, kraftvolles Fühlen und Handeln, das einem ursprünglichen, befehlenden, wollenden *Ich* entsprang ... eine wirkende Kraft, ein *Ich*. Was sich in diesem Augenblick einstellte, überstieg das Körperliche, das jedoch sogleich in ein nahtloses, perfektes Ganzes eingeordnet und reorganisiert wurde.« Weiter heißt es: »Man muss das von innen heraus, am eigenen Leibe erfahren...« Es »verschwindet das Gefühl der *Unwirklichkeit* und *Entfremdung*« und das bisher entfremdete Körperteil »wird unvermittelt als etwas Wirkliches und Lebendiges und nicht mehr als ein *Anhängsel*, sondern als ein Teil des Selbst empfunden« (Hervorhebungen durch W.-E. Mehling).

Die Fallgeschichten Oliver Sacks', auf die sich auch Uexküll (UEXKÜLL ET AL. 1994) zur Verdeutlichung seiner Erfahrungen mit der Atemtherapie (nach Fuchs) bezieht, sind als literarische Darstellungen am Rande der wissenschaftlichen Fachliteratur angesiedelt. Weniger literarisch drücken sich UEXKÜLL ET AL. (1994) am Beispiel der Funktionellen Entspannung aus: »Unser Körper nimmt

sich, d. h. die willkürliche und unwillkürliche motorische Aktivität seines Selbst in der Antwort des Körpers – zurückgespiegelt durch die Tiefensensibilität – als *Körper-Selbst* in Besitz. Darin erleben wir unser Körper-Selbst als eine Einheit.« Das Körper-Selbst (wie auch das soziale Selbst) versteht er als die körperliche Grundlage der Gewissheit, »ich selbst«, d. h. die mir vertraute Persönlichkeit zu sein. Dieses Körper-Selbst sei kein stabiler Besitzstand sondern müsse durch beständige Rückkoppelung mit der Propriozeption aufgebaut und unterhalten werden. Das Selbst sei in seiner »Basis« das Körper-Selbst.

»Damit ist der lebendige Körper gemeint, der in seinem inneren Raum eine Insel der Subjekt-Objekt-Identität darstellt.« (UEXKÜLL ET AL. 1994). Dabei sei das Selbst »vom Ursprung her (zunächst) eine Internalisierung der Körpererfahrung und erst später eine Internalisierung von Objekten« (PLASSMANN 1993, STERN 1985). Die Formulierungen aus der psychologischen Medizin treffen sich hier mit den Gedanken des organmedizinischen Neurologen DAMASIO (1999), der basierend auf neurologischen Daten ein Selbst-Konzept mit einem Proto-Selbst und Kern-Selbst vorschlägt. Die frühen Körpererlebnisse würden nach UEXKÜLL ET AL. (1994) im Laufe der Entwicklung mit allen späteren in Objektbeziehungen erfahrenen Erlebniseinheiten zu immer komplexeren Erlebnispaketen »verwickelt«, die dann die lebensnotwendigen Funktionsstrukturen

des sich ständig umbauenden Körper-Selbst darstellen. Gesundheit wäre demnach »das richtige Einwickeln der frühen Körpererlebnisse in die komplexen Pakete der Beziehungen zu unserer belebten und unbelebten Umgebung« (UEXKÜLL ET AL. 1994). Der zentrale Kern dieses »gewickelten Knäuels« sei »die Lebendigkeit, das heißt die Fähigkeit zu Autonomie und Beziehung.«

In der Atemtherapie – soweit stimmen ihre unterschiedlichen Richtungen überein – gehe es um eine Befreiung einer Lebenskraft, die im Kern eines quasi »falsch gewickelten Erlebnispakets« des Selbst als Potenzial auf seine Befreiung warte. Diese Befreiung erlebe der Patient dann gegebenenfalls als Vitalisierung (FUCHS 1974) oder als Aufhebung des Gefühls der Entfremdung (SACKS 1984). Durch die Zuwendung des Ich zu dieser erlebten Vitalisierung geschehe »eine Stärkung der Ichkraft, weil Eskraft hinzukommt, die eigene vitale Antriebskraft erfühlt, gestärkt wird« (FUCHS 1974).

Dem Begriff der »Vitalisierung« bei Fuchs entspricht in etwa die Zielvorstellung des »eutonischen Menschen« bei den Atemtherapeuten der AFA. Das Ziel der Atemtherapie ist das »idealtypische *Konstrukt*« eines Menschen, »der sich physisch in einem idealen (muskulären und vegetativen) Spannungszustand befindet und seelisch an seine Kreativität und Wesenskraft *angeschlossen* ist« (Fischer 1998). Es entsteht ein neuer, integrierter

Sense of Self, vital, dynamisch, kreativ, dabei authentisch und mit körperlich-sinnlich erfahrener, be-»gründeter« Sicherheit.

.....

Gestaltelemente der Atemtherapie und Abgrenzung zu anderen Verfahren

Den verschiedenen Richtungen der Atemtherapie sind einzelne Lernschritte bzw. Handlungsanweisungen gemeinsam, die sich in den Begriffen der Psychophysiologie von Entspannung und Interozeption (Übersicht bei VAITL 1993) darstellen lassen (Tabelle 3). Im folgenden sollen sie kurz beschrieben werden.

Umschalten von Exterozeption auf Interozeption

Der erste wesentliche Schritt im Prozess der Atemtherapie ist – vergleichbar dem Autogenen Training – ein inneres »Umschalten« des Patienten. Er wird darin unterstützt, vom meist im Alltag vorherrschenden Denken umzuschalten zum Spüren. Dem entspricht ein Wechsel von einer kognitiven zu einer perzeptiven Wahrnehmungsweise (VAITL 1993) bzw. von einer verbalen Wahrnehmungsweise zu einem erfahrungsgeleiteten Empfinden (STERN 1985). In der Einzelbehandlung setzt der Therapeut am bekleideten Patienten die berührende Hand ein, um den Wechsel der Wahrnehmung zu erleichtern. Der Fokus der Wahrnehmung in der Atemtherapie richtet sich auf das relativ

Tabelle 3: Gestaltelemente der Atemtherapie.

- Umschalten von Exterozeption auf Interozeption
- meditative Entspannung (»Loslassen«; »implizites Wissen«)
- Halten der Entspannung (Verlängern der Verweildauer)
- im »Wettstreit« der äußeren und inneren Reize den Fokus auf Dauer halten
- Differenzieren der Aufmerksamkeitsebenen perzeptiv, affektiv, kognitiv
- Halten der perzeptiven Aufmerksamkeitsebene, Zuwendung zum Körperraumbild
- Differenzieren von »Sammlung« und »Konzentration«
- Halten der »Sammlung«

unspektakuläre Empfinden, wie der Atem kommt und geht, wie er eine Pause macht, bevor er erneut kommt und wieder geht, und wie sich diese Bewegung in den verschiedenen Regionen unseres von der Haut begrenzten Körperinnenraumes anfühlt.

Entspannung

In der psychologischen Entspannungsfor- schung (VAITL 1993) wird Entspannung verstanden als ein Zwischenstadium zwi- schen Wachen und Einschlafen. Dem widersprechen die Atemtherapeuten der Studie des Autors. Sie verstehen Entspan- nung eher als eine meditative Geistesver- fassung, »a serene, alert awareness that is consistently responsive to both external and internal stimuli« (MURPHY 1992), »a highly relaxed, although wakeful con- dition« (WALLACE und BENSON 1972). Die Patienten entdecken hier eine Nei- gung, den Atem ständig kontrollieren zu wollen, sobald sie ihn bewusst wahrneh- men, und dass sie ihn nur dann loslassen

können, wenn sie einschlafen und ihn aus ihrem Bewusstsein verlieren. In der Medi- tationsliteratur wird das ganz ähnlich for- muliert: »Just let the breath move natural- ly, as if you were asleep. Let go and allow the process to go along at its own rythm. This sounds easy, but it is trickier than you think... Watch the delicate interrelati- on between the breath, the impulse to con- trol the breath, and the impulse to cease controlling the breath. You may find it frustrating for a while, but is is highly pro- fitable as a learning experience, and it is a passing phase. Eventually, the breathing process will move along under its own steam, and you will feel no impulse to ma- nipulate it.« (GUNARATANA 1991).

In der Atemtherapie der AFA darf beim Übergang vom Denken zum Spü- ren keine Trance, kein Hypnoid, keine nebulöse Unschärfe entstehen. Ziel der Atemtherapie ist der losgelassene und be- wusste Atem. Hier soll dem Patienten un- mittelbar erfahrbar werden, dass Kogniti- on und verbale Kontrolle auf diesem

Gebiet wenig hilfreich sind im Vergleich zu dem schlichten Fokussieren auf afferente Signale aus dem Körperinnen, der Interozeption. Die Interozeptionsforschung unterscheidet hier zwischen einem expliziten (kognitiv, verbalisierbar) und einem impliziten (präkognitiven) Wissen (VAITL 1993). Es handelt sich bei diesem Verständnis von Entspannung nicht um eine »Regression« im Sinne Freuds zu einer früheren, hierarchisch niederen Entwicklungsebene psychischer und kognitiver Fähigkeiten sondern um einen horizontalen »Wechsel zwischen unterschiedlichen Erlebnisbereichen der Selbstempfindung« (STERN 1992).

Halten der Entspannung (Verlängern der Verweildauer)

VAITL (1993) betont, dass das Entspannungstraining nicht so sehr auf die Tiefe der Entspannung ausgerichtet ist als vielmehr auf die Dauer des Entspannungszustandes. Das Übungsziel ist der gehaltene Entspannungszustand. Es gilt, die Verweildauer in diesem von ihm als – normalerweise kurzen – Durchgangsstadium zwischen Wachen und Schlafen verstandenen Zustand zu verlängern. Dies gestattet das Manifestieren von Erscheinungen und Erlebnissen, von Erinnerungsspuren nach JOHNEN und MÜLLER-BRAUNSCHWEIG (1994), die in ihrer emotionalen Qualität von »überraschend-interessant« bis »beängstigend-furchterregend« (VAITL 1993) reichen.

Im »Wettstreit« der äußeren und inneren Reize den Fokus auf Dauer halten

Es soll darum gehen, sich durch bewusstes Loslassen dem autonomen Atemrhythmus zu überlassen und so eine vertiefte körperliche Selbstwahrnehmung zu erreichen. In dieser Entspannung können dann psychotherapeutisch besonders interessante »Erinnerungsspuren« (JOHNEN und MÜLLER-BRAUNSCHWEIG 1994) aus der frühen Kindheit auftauchen. Diese können dann ihrerseits das Material für weitere kognitive Bearbeitung liefern und sind ein wesentlicher Schritt in den Richtungen der Atemtherapie, die sich zur Psychotherapie rechnen, insbesondere in der Funktionellen Entspannung (FUCHS 1994). Auch in der Behandlungssituation der Atemtherapeuten der AFA werden Bilder, szenische Erinnerungen mit ihren Affekten als Element einer »global-amodalen« (STERN 1992) oder »koenästhetischen« (JOHNEN und MÜLLER-BRAUNSCHWEIG 1994) Wahrnehmung wahrgenommen; sie entstehen, »fallen ein«, erscheinen, drängen sich der Aufmerksamkeit auf. »Gespürte und gefühlte Empfindungen drängen nach Namen und Begriffen« (UEXKÜLL ET AL. 1994). In der Atemarbeit der AFA besteht hier die Übungsaufgabe gerade darin, mit dem Fokus der Aufmerksamkeit weiter »am Leitseil des Atems« (MIDDENDORF 1984) zu bleiben, den Fokus nicht in den auftauchenden Bildern

zu verlieren oder auf eine kognitive Ebene umzusteigen. »Hierbei spielt als aufmerksamkeitssteuernde Größe vor allem der ‚Wettstreit‘ zwischen äußeren und inneren bzw. zwischen verschiedenen inneren Reizen eine wichtige Rolle«, ein »Wettstreit zwischen internen Reizen und Sensationen unterschiedlicher Attraktivität« (VAITL 1993). Schwenkte der Fokus der inneren Aufmerksamkeit zu den auftauchenden Bildern und affektiven »Erinnerungsspuren«, dann wanderte er schnell »frei schwebend« zu Assoziationen und Gefühlen, die aus der Vergangenheit, aus der Biografie des Patienten stammen, die ihrerseits in Wettstreit um die Aufmerksamkeit träten mit den aktuellen Empfindungen der Gegenwart. Die Präsenz des Patienten ging verloren.

Differenzieren der Aufmerksamkeitsebenen perzeptiv, affektiv, kognitiv

Richtet der Patient seine Aufmerksamkeit auf seine Körperempfindungen, dann lassen sich nach VAITL und PENNEBAKER drei Reaktionsebenen unterscheiden: die perzeptuelle, die affektive und die kognitive Ebene (UEXKÜLL ET AL. 1994). Der atemtherapeutische Patient lernt, vor der interpretativen kognitiven Ebene zwei Aufmerksamkeitsebenen zu differenzieren: einerseits die »reine« (non-duale) Empfindung oder Perzeption, die gegenstandsbezogene sensorisch-diskriminative Empfindung; andererseits die duale Lust-

Unlust-Gefühlswertung dieser Empfindung, ihren Erlebnisharakter mit Stimmungen und Emotionen, dual polarisiert in angenehm und unangenehm.

Halten der non-dualen perzeptiven Aufmerksamkeitsebene, Zuwendung zum Körperraumbild

Wenn der Patient lernt, auf der perzeptiven nicht wertenden Aufmerksamkeitsebene zu bleiben, kann er sich einem Erlebnis nähern, das DAMASIO mit »Protoselbst« bezeichnet, JOHNEN (vgl. Kapitel 09.04) als das Auftauchen des »Körperselbst«, MEYER (1961) als die Entwicklung eines intensiven »Körperschemas, besser Körperraumbildes (*body image*)«. MEYER betont: Dieses Bild »ist mehr als das Resultat eines verstärkten Beachtens der von der Periferie [des Nervensystems] ankommenden sensiblen Wahrnehmungen... Die sensiblen Resteindrücke ... sind aber eine Voraussetzung zur Entstehung des Körperraumbildes. Sie tragen dazu bei, dass – mit den Worten Schilders (1923) – aus dem *leeren ein volles (beseeltes) Wissen vom Körper* wird... Die sensiblen Wahrnehmungen schaffen eine latente Bereitschaft, die der Aktivierung bedarf... Das Körperraumbild ist aber mehr als die Summe einzelner Wahrnehmungen, es ist eine durch aktive Zuwendung realisierbare sensorische Funktion... Nicht die sensiblen Wahrnehmungen, sondern die Zuwendung auf das Körperraumbild sind das Wesentliche im Vor-

gang des Anspürens« (MEYER 1961; Hervorhebung durch W.-E. Mehling). Neben den Afferenzen der Propriozeption mag noch der Aspekt einer spezifischen efferenten »Zuwendung« wesentlich sein, wenn wir die besondere propriozeptive Atemerfahrung zentralnervös verarbeiten wollen.

Differenzieren von »Sammlung« und »Konzentration«

Für diese aktive Zuwendung der Aufmerksamkeit zum Körperraumbild nach MEYER (1961) bieten die Atemtherapeuten der AFA eine scharfe Unterscheidung an zwischen »Sammlung« und »Konzentration«, die in der medizinischen oder psychologischen Literatur meines Wissens nicht so deutlich vorgenommen wird wie etwa in der Literatur zur Meditation, die sich ja explizit mit der Phänomenologie der Aufmerksamkeit und Achtsamkeit beschäftigt. Bei der »Sammlung« soll die Aufmerksamkeit in einer spezifischen Weise anwesend sein, die von einer unmittelbaren und richtungslosen Präsenz ist. Der Beobachter und das Beobachtete bilden eine bewusste Subjekt-Objekt-Einheit, der Beobachter ist bewusst präsent im gespürten »Objekt«, im vom Atem belebten Körperinnenraum; er ist sich dort gesammelt seiner selbst als gegenwärtig gewahr. Der Begriff der »Konzentration« wird der »Sammlung« polar gegenübergestellt. »Konzentration« wird verstanden als eine gerichtete Form der

Aufmerksamkeit, bei der man – quasi von einem im Kopf räumlich lokalisierten Zentrum aus – seine Aufmerksamkeit auf einen nach Raum und Zeit definierten Punkt richtet. Dies bewirkt eine fokussierte, scharfe, partielle Wahrnehmung, die die Kognition enthält. In der Schärfe dieser Unterscheidungsfähigkeit und in der Fähigkeit zum Treffen der bewussten Entscheidung für die Sammlung sehen die Atemtherapeuten der AFA einen wesentlichen Lernschritt für die Patienten.

Halten der »Sammlung«

Für die Fähigkeit des Verweilens in der Sammlung als einer spezifischen Haltung der Aufmerksamkeit oder Weise der Zuwendung prägte MIDDENDORF (1984) den Begriff der »Sammlungsfähigkeit«. In der dualen Einzelbehandlungssituation ist es die »ungebrochene Sammlung beider Beteiligten« auf den Rhythmus der Atmung, die nach MIDDENDORF eine heilende Wirkung entstehen lässt. Mit der Behandlung ihres eigenen Kindes gibt MARIANNE FUCHS (1994) hierfür ein schönes Beispiel an: »Das mich selbst überraschende Ergebnis im Umgang mit diesem [bronchospastischen] Kind war, dass sich der gestörte Atemrhythmus umbauen und normalisieren ließ, ohne dass er bewußt gemacht wurde«. Nach MIDDENDORF (1984) hätte alleine die »ungebrochene Sammlung beider Beteiligten« auf den Rhythmus der Atmung eine heilende Wirkung entstehen lassen. Die Atemar-

beit der AFA steuert über die Sammlung auf den Atem auf eine zusätzliche »Ziel-ebene« zu, die sozusagen jenseits des »Körper-Selbst« oder des »Körper-raumbildes« liegt, für die die Ebene der Bilder, Erinnerungen und Affekte, die in der psychotherapeutischen Atemarbeit angesteuert wird, quasi als »Durchstieg« benötigt wird. Dazu habe ich im Abschnitt über die spezifische Atemerfahrung bereits einige phänomenologische Ausführungen zitiert. Wir müssen uns hier mit der Andeutung begnügen, dass die Atemtherapie über die Sammlung auf den Atem dem Patienten aus seinem gestörten psychosomatischen Befinden zum Erleben eines erneuerten integrierten *Sense of Self* verhelfen möchte, dessen Kern durch die Propriozeption des rhythmischen Atems gebildet wird.

Entdeckungsreise in ein neues Land

Anhand der überwiegend aus der biologischen Psychologie stammenden Begriffe lassen sich Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den verschiedenen Richtungen der Atemtherapie formulieren. Gerade für die Atemtherapeuten der AFA gilt aber, dass ihre Behandlung über die in diesem Begriffsrahmen angebbare Ziel-ebene hinausführt in ein Gebiet, wo unsere bisherigen wissenschaftlichen Begriffe und Denkkonzepte unzureichend erscheinen. UEXKÜLL (UEXKÜLL ET AL. 1994) hat die Aufgabe der Wissenschaft in diesem

Zusammenhang verglichen mit einer Entdeckungsreise in ein neues Land. Wir geraten hier an begriffliche Grenzen, aber der Weg in dieses Neuland, die Handlungsanweisungen für die Lernschritte, die der Patient in der Atemtherapie gehen kann, lassen sich mit konventionellen Begriffen angeben.

.....

Indikationen

In der Tabelle 4 werden die 7 (von 24 vorgegebenen) Diagnosen aufgeführt, für die die Teilnehmer der Befragungsstudie des Autors (MEHLING 1999) die besten Erfolge mit der Atemtherapie sehen. Die Diagnosen werden in der Rangordnung aufgelistet, die der Erfolgsbewertung durch die Atemtherapeuten entspricht. Die Wertungen liegen auf einer vierstufigen ordinalen Skala von 1 für »sehr gut«, 2 für »gut«, 3 für »mäßig« und 4 für »kein Erfolg«. Neben den Mittelwerten (μ) wird die Standartabweichung (δ) angegeben, um das Ausmaß der Übereinstimmung zwischen den Atemtherapeuten festzuhalten. Daneben wird für jede Diagnose die Zahl der Patienten angegeben, die sämtliche Teilnehmer dieser Studie zusammengenommen – nach ihren Angaben – innerhalb eines Jahres atemtherapeutisch behandelten. Da für die Berufsgruppe der Atemtherapeuten keine gesetzliche Dokumentationspflicht besteht, können diese Daten jedoch nur Schätzungen sein.

Tabelle 4: Erfolgsbewertung durch Atemtherapeuten bei definierten Diagnosen. »Wert« ist der Mittelwert (mean = μ) für die Erfolgsbewertung auf einer ordinalen Skala zwischen 1 (für »sehr gut«) und 4 (für »kein Erfolg«). »Std Abw« = Standardabweichung als Maß der Übereinstimmung zwischen den Anwendern zur Aussage. »Fälle« = Jahresfallzahl = Zahl der Patienten, die von allen Atemtherapeuten während eines Jahres mit dieser Diagnose gesehen wurden.

Diagnose (ICD 10)	Wert	Std Abw	Fälle
Schwangerschaft und Geburtsvorbereitung (Z34)	1,49	0,61	686
Rücken-/Kreuz-/Ischiasschmerzen (M51/M53/M54/M99.9)	1,63	0,59	3182
schmerzhafte muskuläre Verspannungen (M79.1)	1,67	0,60	3195
Nacken-/Schultergürtelschmerzen (M50/M53/M54.2/M99.9)	1,67	0,59	3082
nervöse Spannung, vegetative Dysregulation, Stresskrankheit (F43/ F48,0)	1,68	0,58	2449
funktionelle Atembeschwerden (auch Hyperventilation; F45.33)	1,68	0,59	1477
psychogene körperliche Störungen, psychosom. Störungen (F45.9/F54/F59/F68.0)	1,81	0,62	2859

Der weitestgehende Erfolg ($\mu = 1,49$, »gut« bis »sehr gut«) wird bei Schwangerschaft und Geburtsvorbereitung gesehen. Als die nächsten drei Diagnosen – in der Rangordnung ihrer geschätzten Besserung mit Hilfe der Atemtherapie – finden wir orthopädische Diagnosen vor. Der Erfolg wird als »gut« bis »sehr gut« ($\mu = 1,63$ – $1,68$) eingestuft. In der Übereinstimmung ($\delta = 0,59$ bzw. $0,60$) zwischen den Studienteilnehmern zu dieser Aussage gehört diese Bewertung zur Gruppe der fünf besten Indikationen. Zum relativ dichten Block der besten Indikationen gehören neben den orthopädischen Beschwerden noch zwei weitere Diagnosen: funktionelle Atembeschwerden einschließlich der Hyperventilation und die

vegetative Dysregulation, nervöse Spannung oder Stresskrankheit.

Für die Diagnosen funktionelle Organstörungen, allgemeine Leistungsschwäche, Erkrankungen der Atemwege und Blutdruckbeschwerden und psychische Diagnosen bekommt der Erfolg der Atemtherapie durchweg die Bewertung »gut« ($\mu = 1,81$ – $2,16$). Für die psychischen Diagnosen (ohne wesentliche körperliche Symptomatik) wird die Besserung am höchsten bewertet bei selbstunsicherer Persönlichkeit, bei Problemen mit Lebensführung und Lebensbewältigung und bei Angststörungen.

Tabelle 5 fasst die Antworten zu der Frage in der Studie des Autors (MEHLING 1999) zusammen, welche Indikationen

Tabelle 5: Ranking der Hauptindikationen für Atemtherapie aus der Sicht der Therapeuten. »Wert« = der errechnete Punktwert für Indikationen und Ranking als Nr. 1 (n × 3), Nr. 2 (n × 2) oder Nr. 3 (n).

Rang	Diagnose	Wert
1	funktionelle Atembeschwerden	261
2	nerv. Spannung, veget. Dysregulation, Stresskrankheit	196
3	psychogene körperl. Störungen, psychosom. Störungen	187
4	chron. obstr. Lungenkrankheiten, Asthma bronchiale	135
5	Rücken-/Kreuz-/Ischiasschmerzen	128
6	schmerzhafte muskuläre Verspannungen	72

die Atemtherapeuten als die drei Hauptindikationen für ihre Therapie sehen: Die Atemtherapeuten waren gebeten worden, die drei wichtigsten medizinischen Indikationen in der Reihenfolge ihrer Wichtigkeit anzugeben. Danach werden funktionelle und organische Erkrankungen des Respirationssystems als die erste Hauptindikation gesehen vor diffuser nervöser Spannung/vegetativer Dysregulation/Stresskrankheit und allgemeinen psychogenen körperlichen Beschwerden. Bei den psychischen Diagnosen ohne wesentliche körperliche Beschwerden stehen die Angststörung und die selbstunsichere Persönlichkeit an den obersten Stellen. Orthopädische Beschwerden werden als die dritte Hauptindikationsgruppe genannt.

störung werden von Atemtherapeuten als die wichtigste Kontraindikation gesehen. Frühe und Borderline-Störungen werden als relative Kontraindikation betrachtet, wenn die gleichzeitige parallele Betreuung durch einen Arzt nicht gewährleistet sei.

Als Nebenwirkungen am häufigsten genannt werden psychotische Reaktionen/Borderline-Destabilisierung und pathologische Regression. Zur Häufigkeit des Auftretens solcher Nebenwirkungen – bezogen auf die eigene Patientenzahl – wurden Angaben gemacht zwischen 0 und 20 %. 55,2 % der Atemtherapeuten sahen nie Nebenwirkungen. Die mittlere Häufigkeit (*mean*) unerwünschter Wirkungen wird mit 1,52 % ($\sigma = 3,55$) angegeben.

Kontraindikationen und Nebenwirkungen

Schwere psychiatrische Krankheiten wie Psychose, Schizophrenie, Manie, schwere Depression und schwere Persönlichkeits-

Theoretische Überlegungen zur Wirkungsweise

Salutogenese

Ein weiteres Ergebnis der Befragung der Atemtherapeuten durch den Autor war

die deutliche Betonung eines therapeutischen Ansatzes, der sich primär die Frage stellt, wie der Patient in seiner Gesundheit gestärkt werden kann, welche »salutary resources« (ANTONOVSKY 1993) im Patienten zur »organismischen Selbstregulation« (GINDLER nach FRANZEN 1995) mobilisiert werden können. Die Frage nach Pathogenese und Diagnose, nach Risikofaktoren mit einer daraus abgeleiteten spezifischen Therapie spielt eine sekundäre Rolle etwa im Sinne einer Berücksichtigung möglicher pathogener Einflüsse. Beide Positionen werden nicht als Gegensatzpaar gesehen, sondern vielmehr als sich ergänzende Aspekte, die einander nicht ausschließen und ineinander verschränkt sind.

Damit entspricht die Atemtherapie nicht den traditionellen medizinischen Bedingungen einer »Spezifität« der Therapie, um von den Gremien der Ärzte und Krankenkassen als Therapie anerkannt zu werden. Sie entspricht jedoch nach meinem Dafürhalten moderneren Konzepten der psychosomatischen Medizin (ANTONOVSKY 1993, SCHÜFFEL ET AL. 1998, UEXKÜLL 1995). Sollten sich Ärzte und Krankenkassen diesem Paradigma öffnen, könnte meines Erachtens – nach dem Vorliegen klinischer Studien – Atemtherapie als Therapie anerkannt werden. Atemtherapie als Maßnahme der Gesundheitsförderung und Prophylaxe sollte nach der hier vorliegenden Studie die Qualitätskriterien der Krankenkassen

erfüllen (Bundesvereinigung für Gesundheit 1996).

Coping Skills

Aus Pittsburg (USA) gibt es Untersuchungen zur Anwendung des »controlled breathing« als einer Technik der »coping skill acquisition« im Rahmen der kognitiven Verhaltenstherapie von chronischen Schmerzen. »Emphasis on controlled breathing is included due to research demonstrating that the amplitude and frequency of respiration have an effect upon heart rate and the accompanying experience of anxiety.« (TURK und MEICHENBAUM 1989).

Am Beispiel der Therapie chronischer Schmerzen lässt sich verdeutlichen, dass die Hinwendung zur Körperempfindung in der Atemtherapie vorteilhaft sein kann. Im Vergleich mit dem Biofeedback, bei dem der Patient ja auch möglichst genau in seinen Körper hineinspüren soll, stellt sich die Frage, ob die folgende Aussage auch auf die Atemtherapie anzuwenden ist: Nicht die Reduzierung von EMG-Messwerten als Trainingsziel im Biofeedback ist mit der Reduktion der Schmerzempfindung korreliert, sondern die Verbesserung der Kompetenz und der entsprechenden Kontrollüberzeugung, »Coping-skills« und »Kontrollüberzeugungen« im Sinne einer verbesserten »Kompetenz-Selbsteinschätzung« oder »self efficacy« des Patienten scheinen die entscheidende Rolle zu spielen beim

schmerzlindernden Effekt des lokalen EMG-Biofeedbacks für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen (FLOR und HERMANN 1992, NILGES 1992).

Dem scheinen wiederum die Ergebnisse der verhaltensmedizinischen Forschung zu entsprechen, zusammengefasst von HASENBRING (2000), die feststellt: »experimental as well as clinical research has shown that distraction, suppression, and minimizing pain experiences in patients with natural pain are counterproductive in coping with pain«. Und weiter: »field studies on clinical pain... suggest that deploying sensory monitoring techniques decreases pain and distress more than distraction«.

Ein durch den Therapeuten unterstütztes Hinspüren zu symptomatischen Körperregionen wie zur Bewegung des Atems könnte demnach eine Unterstützung von *Coping Skills* im Sinne der Verhaltenstherapie darstellen. Dies wäre durch klinische Studien an spezifischen Diagnosen zu überprüfen.

Theta-Wellen im EEG

Bei atemmeditativen Übungen treten vermehrt Theta-Wellen im EEG auf (VAITL 1993). Dies sind spezifische EEG-Wellenmuster, die nicht nur beim Einschlafen »sondern auch im Wachzustand bei bestimmten kognitiven Aufgaben (Problemlösen, Fokussieren der Aufmerksamkeit) vermehrt auftreten« können. Die kognitive Leistungsfähigkeit und die

Kommunikationsfähigkeit sind nicht herabgesetzt (BIRBAUMER 1984). In der dabei bewirkten Entspannung kommt es zu einer »Dämpfung der Formatio Reticularis, einer Balance zwischen retikulärem und septal-hippocampalem Aktivierungssystem ... einer Dämpfung der sympathikotonen Bereitstellungsreaktionen und zu einer Stabilisierung der perifer-physiologischen Kennzeichen einer Entspannungsreaktion« (VAITL 1993). Es wäre zu überprüfen, ob dieses EEG-Muster auch bei den Patienten der hier interessierenden Atemtherapie auftreten.

Körper-Schema

Wie oben ausgeführt geht es bei der Interozeption der Atemtherapie um die Entwicklung eines intensiven »Körperschemas« oder »Körperraumbildes«. Zum Begriff des Körperschemas macht JOHNEN folgende zusammenfassende Ausführung: »Die physiologische Basis der Selbstwahrnehmung liegt in der Fähigkeit zur Propriozeption. Durch die Propriozeption erzeugen wir ständig den Code des Körperschemas. Das ist ein lebendiges, kohärentes Koordinatensystem mit einer räumlichen Achse (Gestalt) und einer zeitlichen Achse (Konstanz bzw. Veränderlichkeit), in der alle anderen Sinnesempfindungen (Sehen, Hören, Geschmack, Geruch, Hautsinne) eingeordnet und zum Körper-Selbst integriert werden. Ohne Propriozeption gibt es keine Selbstwahrnehmung und keine

Erfahrung der Kohärenz.« (JOHNEN 1994, Hervorhebungen durch W.-E. Mehling). Das Körperschema ist mehr als eine innere »Momentaufnahme« propriozeptiver Empfindungen, es scheint auch einen Gedächtnisspeicher zu enthalten, der teilweise unabhängig ist vom Zustrom aus der Propriozeption (BIRBAUMER und SCHMIDT 1990). Atemtherapie wäre danach zu verstehen als ein übendes Erlernen eines kohärenten integrierten Körperschemas, das seinerseits als körperliche Grundlage und als quasi materieller Kern für einen realitätsgerechten psychologischen *Sense of Self* dienen kann. Atemtherapie wäre eine über gerichtete Aufmerksamkeit und sensorische Rückkopplung angeregte Reorganisation subkortikaler Bewegungs- und Haltungsmuster der Atmung, deren kognitiver Aspekt als Teil des Körperschemas verstanden werden kann. Da der Atem auf jede körperliche Bewegung, auf jede Emotion auch rein gedanklicher Inhalte reagiert, bietet sie an der »Kreuzungsstelle zwischen autonomem und willkürlichem Nervensystem« (JOHNEN und MÜLLER-BRAUNSCHEWIG 1994) einen ganz zentralen Teil des Körperschemas. Die Entwicklung, Reorganisation und Verfeinerung dieses Körperschemas scheint eine Gemeinsamkeit der hier besprochenen Atemtherapie mit anderen körperorientierten Verfahren zu sein, wie es zumindest für die Funktionelle Entspannung (Kapitel 09.04) und für Feldenkrais (Deutsche Multiple Sklerose

Gesellschaft 1993) explizit formuliert wird.

Propriozeption

Wenn das Training der Propriozeption ein wesentliches Element der Atemtherapie ist, dann fragt es sich, über welche neurale Mechanismen und welche Bahnen der behauptete therapeutische Effekt einer verbesserten Propriozeption erklärt werden kann. Den Wert eines propriozeptiven Trainings für Rückenschmerzen, die Rehabilitation von Knieverletzungen und die geriatrische Sturzprophylaxe habe ich oben angedeutet. Diese ließen sich erklären z. B. durch das neurologische Modell der *Gate Control Theory* (in ihrer modifizierten Form von WALL und MELZACK 1989). Die Atemtherapie ließe sich hier eventuell gleich in zweifacher Weise integrieren: einmal als efferente deszendierende Einflussnahme auf die Chemie der Neurorezeptoren der Hinterhornzelle, die sich für die afferente Weiterleitung zwischen konkurrierenden Impulsen aus Propriozeption und Nozizeption (EGLE und HOFFMANN 1991) quasi »entscheiden« muss. Zum anderen wäre denkbar, dass durch manuelle Stimulation der Propriozeptoren eine größere afferente propriozeptive Impulsdichte die Schmerzschwelle anhebt.

Für psychosomatische Erkrankungen wäre eine Stabilisierung des Selbst über die oben beschriebene Stärkung seines Kerns durch propriozeptives Training

eine Erklärung, die sich im theoretischen Einvernehmen findet mit der zeitgenössigen psychoanalytischen Psychosomatik (PLASSMANN 1993, UEXKÜLL ET AL. 1994) und Selbst-Psychologie (KOHUT 1981). Defizite der Kohärenz, Vitalität und Autonomie des Selbst sind die gemeinsame Endstrecke der wesentlichen einer Psychotherapie zugänglichen Störungen. Atemtherapie greift hier quasi an einem präverbale Kernbereich an, der die verbale Bearbeitung spezifischer Konflikte gemäß dem psychodynamischen Modell der Psychoanalyse sicher nicht überflüssig macht. Doch wirkt die spezifische Atemerfahrung (Interozeption gerichtet auf die rhythmische Bewegung des Atems) der Atemtherapie der AFA, die sich explizit nicht als eine Form der Psychotherapie versteht, – so wird von ihren Vertretern behauptet – möglicherweise auch ohne eine verbale, kognitive Verarbeitung des in der Therapie Erlebten (MEHLING 1999, MIDDENDORF 1984 und 1985), etwa über eine Reorganisation subkortikaler Organisationsmuster wie im Abschnitt über das Körperschema angedeutet.

Erklärungsmodelle bleiben freilich solange mentale Gedankenspiele, wie eine Wirksamkeit der Atemtherapie nicht in klinischen Studien nachgewiesen ist.

.....

Interventions-Studien

Für die Atemtherapie nach Fuchs, die zur körperorientierten Psychotherapie gezähl-

te Funktionelle Entspannung, gibt es von LOEW ET AL. (1996a, 1996b, 2000, 2001; Universität Regensburg) bereits mehrere kontrollierte klinische Studien. Für die Atemtherapie der AFA publizierten AUST und FISCHER (1997) zwei kontrollierte Studien an gesunden Versuchspersonen zu der Frage, ob die Atemtherapie Auswirkungen auf die Körpergleichgewichtsreaktionen hat. Diese letzteren Studien waren kontrolliert, allerdings nicht gegen Placebo. Sie waren nicht randomisiert.

In der ersten Studie von AUST und FISCHER (1997) wurden drei Gruppen verglichen: 17 Personen ohne Erfahrungen mit der Atemarbeit dienten als Vergleichsgruppe zu einer Gruppe von 17 Personen mit geringem Training und einer Gruppe von 17 Personen mit intensivem Training. Die Versuchspersonen standen auf einer posturografischen Plattform und projizierten durch Verlagern ihres Körperschwerpunktes einen Leuchtpunkt auf einen Videomonitor; sie bekamen zur Aufgabe, auf dem Monitor vorgegebene, sich bewegende Muster nachzuziehen. Die Muster bestanden aus vertikalen, horizontalen und kreisförmigen Linien im und gegen den Uhrzeigersinn. Ausgewertet wurde die Kreuzkorrelation zwischen vorgegebenem Muster und tatsächlicher Position. So sollte die »visuell-propriozeptive Interaktion« geprüft werden. Insbesondere in den kreisförmigen Tests scheinen die »atemerfahre-

nen« Personen signifikant ($p < 0,05$) bessere Testergebnisse zu zeigen. Mittels ein-faktorieller Varianzanalyse ließ sich nach Ansicht der Autoren ein signifikanter positiver Einfluss des Faktors »Atemerfahrung« auf die Testleistung nachweisen. Die »atemunerfahrenen« Personen der Kontrollgruppe zeigten einen starken ($p < 0,01$) Einfluss der Händigkeit auf ihre Testleistungen (Rechtshänder sind besser beim Linkskreis und v.v.), der bei den »Atemerfahrenen« verschwand (die Leistung der Rechtshänder beim Rechtskreis glich sich denen der Linkshänder beim Rechtskreis an). Das Verfolgen einer Kreisfigur gilt als die empfindlichste Messmethode zur Überprüfung des vestibulo-spinalen Systems. Die Autoren erklären sich die überlegenen Testergebnisse der »Atemerfahrenen« mit einer durch Atemarbeit geschulten, verbesserten Bewegungskoordination.

In der zweiten Studie derselben Autoren (AUST und FISCHER 1997) wurde geprüft, ob sich die Testleistungen gesunder Versuchspersonen durch unmittelbar vorangegangene Atemarbeit verbessern lassen. Die Autoren verglichen 17 »atemerfahrene« Personen vor und nach den oben beschriebenen Tests mit 17 »atemunerfahrenen« Personen, die zwischen den beiden Tests lediglich eine Stunde warteten. Für die einzelnen Tests scheinen teilweise signifikante ($p < 0,05$), teilweise tendenzielle (relativ kleine Stichprobe) Unterschiede in der Prä- und

Post-Testleistung der Versuchsgruppe im Gegensatz zu der Kontrollgruppe zu bestehen. Es ließ sich nach Ansicht der Autoren nachweisen, dass Atemarbeit von einer Stunde Dauer zu einer direkten, unmittelbaren Verbesserung des Körpergleichgewichtes führt. Die Atemarbeit führte demnach außerdem zu einer Homogenisierung der Testleistung in der Versuchsgruppe.

Es bleibt anzumerken, dass diese Studien an gesunden Personen durchgeführt wurden und somit noch keine Aussage über einen therapeutischen Effekt bei Patienten mit Gleichgewichtsstörungen machen können. Die Aussagen sind auch dadurch limitiert, dass die Gruppen nicht randomisiert und nur nach Geschlecht und Alter vergleichbar waren. Selektions-Bias lässt sich meines Erachtens deshalb nicht ausschließen. Gleichwohl handelt es sich hier um erste Pilotstudien, in der interessanterweise die Wirkung der Atemtherapie auf das Training propriozeptiver Leistungen geprüft wurde.

Eine erste klinische Pilotstudie an der Freien Universität Berlin zur Wirkung der Atemtherapie der AFA auf Patienten mit Asthma (STEINAECKER K., STANGE R., WELKE J., BÜHRING M. o.J.) ist abgeschlossen und ausgewertet, wurde aber noch nicht veröffentlicht. Es wurde nach Meinung der Autoren an durch konventionelle antiobstruktive Therapie gut kontrollierten Asthmapatienten ein tendenzieller positiver Effekt der Atem-

gruppentherapie auf einzelne Aspekte der Lebensqualität nachgewiesen. Diese Verbesserungen erreichten – möglicherweise wegen der relativ kleinen Patientenzahl der Pilotstudie– nicht das Signifikanz-Niveau.

In Deutschland, der Schweiz und in den USA sind einige weitere klinische Studien zur Atemtherapie in Vorbereitung. Die klinischen Untersuchungen von LOEW zu Elementen der Funktionellen Entspannung ließen sich in gewissen Grenzen auf Elemente der Atemtherapie der AFA übertragen. Auch die klinischen Studien zur Körperarbeit nach Feldenkrais testen Interventionen, die den propriozeptiven Elementen der Atemtherapie nicht unähnlich sind. Bezogen auf spezifische Untersuchungen zur Atemtherapie der AFA sind die bisher vorliegenden Daten jedoch noch völlig ungenügend, um eine mögliche therapeutische Wirksamkeit dieser Therapieform quantitativ-wissenschaftlich zu belegen.

Implikationen der Atemtherapie für die Medizin

In der Atemtherapie geht es wesentlich um einen Prozess, in dessen Zentrum eine sinnliche Erfahrung steht. Die westliche

Wissenschaft hat nicht erst seit Descartes »ein massives Misstrauen gegenüber sinnlichen Erfahrungen gefördert und gleichzeitig eine abstrakte Gedankenwelt valorisiert, die sich hinter den sinnlichen Eindrücken verbergen bzw. jenseits von ihnen existieren soll« (ABRAM 1996). Die Förderung eines zunehmend abstrakteren Verstandes scheint einherzugehen mit der »Atrophie der propriozeptiven Sinne« (HANNA 1990) und dem »geisterhaften Ich Descartes«, das nie fühlt, dieser »mentalistischen Fiktion« mit dem »Skotom für die Propriozeption« (SACKS 1989), einem »weltlosen, absolut selbstgewissen Ich ohne Körpergefühl« (SLOTERDIJK 1993). Für die »Epidemie der chronischen Rückenschmerzen« (RASPE und KOHLMANN 1994) scheint solch ein Defizit der Propriozeption inzwischen nachgewiesen zu sein (BRUMAGNE ET AL. 2000, GILL und CALLAGHAN 1998). Wenn es jedoch stimmt, dass unser *Sense of Self* zu seiner Integrität und seiner ständigen Erneuerung der Propriozeption bedarf (UEXKÜLL ET AL. 1994), dann liegt vielleicht in den Formen der Atemtherapie, die hier ansetzen und einen Weg zu unseren verkümmerten Sinnen und zu einem neuen integrierten *Sense of Self* anbieten, eine wertvolle Ergänzung zur Medizin.

Literatur

- ABRAM D.: *The spell of the sensuous. Vintage/ Random House, New York (1996)*
- ANTONOVSKY A.: *The structure and properties of the sense of coherence scale. Soc. Sci. Med. (1993); 36(6):725–733*
- AUST G., FISCHER K.: *Veränderungen von Körpergleichgewichtsreaktionen durch Atemarbeit. Eine posturografische Studie unter Einbeziehung des visuellen Feedback. Laryngorhinootol. (1997); 76(10):577–582*
- BIRBAUMER N.: *Psychologische Analyse und Behandlung von Schmerzzuständen. In: ZIMMERMANN M., HANDWERKER H.O. (Hrsg.): Schmerz, Konzepte und ärztliches Handeln. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo (1984)*
- BIRBAUMER N., SCHMIDT R.F.: *Biologische Psychologie. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York (1990)*
- BISCHOF S. ET AL.: *AfA – Atempädagogisch-therapeutische Tätigkeit in der Bundesrepublik Deutschland, Ergebnisse einer empirischen Studie 1990. Eigenverlag, AfA, Berlin (1991)*
- BRUMAGNE S. ET AL.: *The role of paraspinal muscle spindles in lumbosacral position sense in individuals with and without low back pain. Spine (2000); 25(8):989–994*
- Bundesvereinigung für Gesundheit e.V., Bonn (TEPPE, M.): *Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung am Beispiel Entspannung/Stressregulation der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen. Arbeitspapier der Spitzenverbände der Krankenkassen (IKK, Bergisch-Gladbach) (1996)*
- CANZLER P.: *Über die Notwendigkeit der Ergänzung psychoanalytischer Therapie durch Körpererfahrung bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. In: EICH W. (Hrsg.): Psychosomatische Rheumatologie. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York (1991)*
- COHN R.: *Ein Ansatz zur psychosomatischen Analyse (1955). In: STOLZE H. (Hrsg.): Die Konzentrierte Bewegungstherapie. Verlag Mensch und Leben, Berlin (1984)*
- DAMASIO A.: *The feeling of what happens. Body and emotion in the making of consciousness. Harcourt, San Diego, New York, London (1999)*
- Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft DMSG (Hrsg.): *Feldstudie zur Wirksamkeit der Feldenkrais-Methode bei MS-Betroffenen. Eigenverlag, Saarbrücken (1993)*
- DIETRICH S.: *Atemrhythmus und Psychotherapie. Ein Beitrag zur Geschichte der Psychosomatik und ihrer Therapien. Med. Diss., Universität Bonn (1995)*
- EGLE U.T., HOFFMANN S.O.: *Psychosomatische Grundlagen, Psychodynamik und Psychotherapie bei Schmerzen. In: THOMALSKE G. (Hrsg.): Nicht-medikamentöse Therapie bei Schmerz. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, Jena, New York, (1991)*
- FISCHER K.: *Die Arbeit mit dem erfahrbaren zugelassenen Atem – ein Standortbericht (1998). Institutsbericht, Institut für Atemlehre Berlin, Erika Kemmann. Fischer Verlag, Heidelberg (1999)*
- FLOR H., HERMANN C.: *Psychophysiologische Verfahren (Biofeedbackverfahren) in der Behandlung chronischer Schmerzsyndrome.*

- In: GEISSNER E., JUNGNITSCH G. (Hrsg.): *Psychologie des Schmerzes. Psychologie Verlags-Union, Weinheim (1992)*
- FRANZEN G.M.: *Elsa Gindler (1885–1961) und ihre Arbeit »Werden Sie wieder reagerbereit!«* In: *Gestalttherapie 1995. Edition Humanistische Psychologie (1995) 9/2:3–19*
- FUCHS M.: *Funktionelle Entspannung. Hippocrates, Stuttgart (1974/1994)*
- GILL K.P., CALLAGHAN M.J.: *The measurement of lumbar proprioception in individuals with and without low back pain. Spine (1998): 23(3):371–377*
- GUNARATANA, 1991 In: SMITH J. (Hrsg.): *Breath Sweeps Mind. A first Guide to Meditation Practice. Riverhead, New York (1998)*
- HANNA T.: *Beweglich sein – ein Leben lang. Die heilsame Wirkung körperlicher Bewußtheit. Kösel, Kempten (1990; am. 1988)*
- HASENBRING M.: *Durchhaltestrategien – ein in der Schmerzforschung und Therapie vernachlässigtes Phänomen? Der Schmerz (1993); 7(4):304–313*
- HASENBRING M.: *Attentional control of pain and the process of chronification. In: SANDKÜHLER J. ET AL.: Prog. Brain Res. (2000); 129:525–534*
- BROMM B., GEBHART G.F. (Hrsg.): *Nervous system plasticity and chronic pain. Progress in brain research Vol 129, Elsevier, Amsterdam (2000)*
- JOHNN R., MÜLLER-BRAUNSCHWEIG H.: *Psychoanalytische Aspekte der Funktionellen Entspannung. In: Fuchs M.: Funktionelle Entspannung. Hippo-krates, Stuttgart (1994)*
- KÖHLE K. ET AL.: *The salutogenesis concept in theory and practice [in German]. In: LAMPRECHT F., JOHNN R. (Hrsg.): Salutogenesis. A new concept in psychosomatic medicine? [in German]. Verlag für akademische Schriften, Frankfurt (1994)*
- KOHUT H.: *Die Heilung des Selbst. Subkamp Verlag, Frankfurt (1981)*
- KÜTEMAYER M., SCHULTZ-VENRATH U.: *Lumbago-Ischialgie-Syndrome. In: UEKKÜLL T. (Hrsg.): Psychosomatische Medizin, 5. Aufl. Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore (1995)*
- LOEW T.H., SIEGFRIED W., MARTUS P. ET AL. [a]: *»Functional Relaxation« reduces acute airway obstruction in asthmatics as effectively as inhaled terbutaline. Psychother. Psychosom. (1996); 65:124–128*
- LOEW T.H., MARTUS P., ROSNER F., ZIMMERMANN T. [b]: *Wirkung von funktioneller Entspannung im Vergleich mit Salbutamol und einem Placeboentspannungsverfahren bei akutem Asthma bronchiale. (1996)*
- LOEW T.H., SOHN R., MARTUS P. ET AL.: *Functional Relaxation as a somatopsychotherapeutic intervention: a prospective controlled study. Alternative Therapies (2000); 6(6):70–75*
- LOEW T.H., TRITT K., SIEGFRIED W. ET AL.: *Efficacy of »Functional Relaxation« in comparison to terbutaline and a »placebo relaxation« method in patients with acute asthma. Psychother Psychosom (2001); 70:151–157*
- MEHLING W.E.: *Atemtherapie. Der gegenwärtige Stand der Atemtherapie in Deutschland, ihre Stellung zur Medizin und ihre Anwendung*

- bei Rückenschmerzen. *Medizinische Dissertation FU Berlin. Shaker, Aachen* (1999)
- MEYER J.-E.: *Konzentrierte Entspannungsübungen nach Elsa Gindler und ihre Grundlagen* (1961). In: STOLZE H. (Hrsg.): *Die konzentrierte Bewegungstherapie. Mensch & Leben, Berlin* (1984)
- MIDDENDORF I.: *Der Erfahrbare Atem. Eine Atemlehre. Jungfermann, Paderborn* (1984)
- MIDDENDORF I.: *Die Psychosomatische Wirklichkeit im Erfahrbaren Atem. Vortrag AFA-Kongress 25.10.1985. Kopie des Manuskripts* (1985)
- MÜLLER-BRAUNSCHEWIG H.: *Körperorientierte Psychotherapie. In: UEXKÜLL T. (Hrsg.): Psychosomatische Medizin, 5. Aufl. Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore* (1995)
- MURPHY M.: *The Future of the Body. Tarcher, Los Angeles* (1992)
- NILGES P.: *Schmerz und Kontrollüberzeugungen. In: GEISSNER E., JUNGNITSCH G. (Hrsg.): Psychologie des Schmerzes. Psychologie Verlags Union, Weinheim* (1992)
- PLASSMANN R.: *Organwelten. Grundriß einer analytischen Körperpsychologie. Psyche* (1993); Heft 47
- RASPE H., KOHLMANN T.: *Rückenschmerzen – eine Epidemie unserer Tage? Deutsches Ärzteblatt 90* (1993); A1:2920–2925 [Heft 44]
- RASPE H., KOHLMANN T.: *Disorders characterized by pain: a methodological review of population surveys. J. Epidemiology and Community Health* (1994); 48:531–537
- ROSENSTIEL R., KEEFE F.: *The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. Pain* (1983); 17:33–44
- SACKS O.: *Der Tag, an dem mein Bein fortging, Rowohlt, Reinbek bei Hamburg* (1989, am. 1984)
- SCHÜFFEL W., BRUCKS U., JOHNEN R. ET AL.: *Handbuch der Salutogenese. Ullstein Medical, Wiesbaden* (1998)
- SHERRINGTON C.S.: *The integrative action of the nervous system. Constable, London* (1906)
- SLOTERDIJK P.: *Weltfremdheit. Subrkamp, Frankfurt* (1993)
- STEINAECKER K., STANGE R., WELKE J., BÜHRING M.: *Pilotuntersuchung zu atem- und körpertherapeutischem Gruppenunterricht bei Asthma bronchiale. (unveröffentlichtes Manuskript)*
- STERN D.: *Die Lebenserfahrung des Säuglings. Klett-Cotta, Stuttgart* (1992, am. 1985)
- THOMÄ H.: *Der Körper in der Psychotherapie. In: BUCHHEIM P., CIERPKA M., SEIFERT T. (Hrsg.): Der Körper in der Psychotherapie. Springer Verlag, Heidelberg, New York, Tokio* (1992)
- TURK D.C., MEICHENBAUM D.H.: *A cognitive-behavioral approach to pain management. In: WALL P.D., MELZACK R. (Hrsg.): Textbook of Pain. Livingstone, Edinburgh, London, Melbourne, New York* (1989)
- UEXKÜLL T.V. ET AL. (Hrsg.): *Subjective anatomy [in German]. Schattauer, Stuttgart, New York* (1994)

UEXKÜLL T v.: *Psychosomatische Medizin*, 5. Aufl. Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore (1995)

VAITL D.: *Psychophysiologie der Interozeption*. In: VAITL D., PETERMANN F. (Hrsg.): *Handbuch der Entspannungsverfahren, Band 1* (1993)

VAITL D.: *Interoception. Biol. Psychol.* (1997); 42(1-2):1-27. Review

WALL P.D., MELZACK R.: *Textbook of Pain*. Livingstone, Edinburgh, London, Melbourne, New York (1989)

WALLACE R.K., BENSON H.: *The Physiology of Meditation*. In: *Scientific American*, Freeman, San Francisco (1972)

Zusammenfassung

Aus Sicht der in der AFA (Arbeits- und Forschungsgemeinschaft für Atempflege) organisierten Therapeuten ist es Ziel der Atemtherapie, die Körper selbstwahrnehmung – Propriozeption – anhand des Atems zu schulen. Dies soll zu einem erfahrbaren präkognitiven Verständnis der inneren Beziehung von leiblichen und seelischen Prozessen führen. Damit wird die Atemtherapie überwiegend als eine gesundheitsfördernde und als eine pädagogische Methode zur persönlichen Entwicklung gesehen. Die Schulung der Propriozeption bzw. Interozeption bildet den gemeinsamen Nenner körpertherapeutischer Verfahren. Dabei kann der Körper in seiner sensorischen Eigenwahrnehmung als die Grundlage des Selbstempfindens (*Sense of Self*) betrachtet werden. In der Therapie soll der Atem bewusst, mit nach innen gerichteter Aufmerksamkeit wahrgenommen, jedoch nicht willentlich beeinflusst werden. So kann es über verschiedene Lernschritte zur »Befreiung einer Lebenskraft« und »Vitalisierung« kommen, die der Patient auch als Aufhebung eines Gefühls der Entfremdung erleben kann.

Folgende Lerninhalte oder Handlungsanweisungen sind den verschiedenen Richtungen der Atemtherapie gemeinsam:

- Erster wesentlicher Schritt ist ein inneres Umschalten vom Denken zum Spüren, von Extero- auf Interozeption.
- Dem folgt die meditative Entspannung, als Bemühen, den Atem zu erspüren, ohne der Versuchung nachzugeben, ihn kontrollieren zu wollen.
- Dieser Entspannungszustand wird verlängert, wobei im »Wettstreit der äusseren und inneren Reize« der Fokus auf den Atem auf Dauer gehalten werden kann.
- Der Patient lernt Aufmerksamkeitsebenen zu differenzieren und vor der interpretativ kognitiven Ebene einerseits die »reine« (non-duale) Perzeption und andererseits die duale Lust-Unlust-Gefühlswertung dieser Empfindung zu erkennen.

- Halten der non-dualen perceptiven Aufmerksamkeitsebene führt zur Zuwendung zum Körperraumbild (*body image*). Ein wesentlicher Lernschritt hierbei ist die Unterscheidung zwischen »Sammlung« als richtungsloser und wertfreier Präsenz und »Konzentration« als fokussierter, partieller Wahrnehmung, die die Kognition enthält.
- Bewusste Sammlung soll sodann gehalten werden, als Grundlage zu einer »Entdeckungsreise in ein neues Land«.

Indikationen für diese Art der Atemtherapie sind nach Einschätzung ihrer Anwender vor allem orthopädische Beschwerden (Rückenschmerzen, schmerzhafte Muskelverspannungen etc.), funktionelle Atembeschwerden einschliesslich Hyperventilation und vegetative Dysregulation, nervöse Spannung oder Stresskrankheit. Die Atemtherapie soll der Gesundung des Patienten durch Stärkung seiner »salutary resources« dienen, auch soll sie etwa bei Schmerzzuständen dem Patienten »coping skills« vermitteln durch eine Verbesserung der Kompetenz und der entsprechenden Kontrollüberzeugungen. Insgesamt geht es bei der Interozeption der Atemtherapie um die Entwicklung eines intensiven Körperraumbildes, um das Erlernen eines kohärenten Körperschemas mit der Wahrnehmung des Atems als dem Kern eines integrierten Selbstempfindens.