

Aus der Klinik für Naturheilkunde und Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums
Benjamin Franklin der Freien Universität Berlin
Abteilung für Naturheilkunde
Leiter: Prof. Dr. med. M. Bühring

Atemtherapie

Der gegenwärtige Stand der Atemtherapie in Deutschland, ihre Stellung zur Medizin
und ihre Anwendung bei Rückenschmerzen

Eine Befragungsstudie an sämtlichen Atemtherapeuten Deutschlands

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
des Fachbereichs Humanmedizin
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von: Wolf-Eberhard Mehling
aus : Marburg/Lahn

Referent: Prof. Dr. med. Malte Bühring

Korreferent: Prof. Dr. med. H. P. Rosemeier

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs Humanmedizin der Freien Universität
Berlin

Promoviert am: 17.12.1999

Berichte aus der Medizin

Wolf-Eberhard Mehling

Atemtherapie

Der gegenwärtige Stand der Atemtherapie
in Deutschland, ihre Stellung zur Medizin
und ihre Anwendung bei Rückenschmerzen

D 188 (Diss. Freie Universität Berlin)

Shaker Verlag
Aachen 1999

Die Deutsche Bibliothek - CIP-Einheitsaufnahme

Mehling, Wolf-Eberhard:

Atemtherapie : Der gegenwärtige Stand der Atemtherapie in Deutschland, ihre Stellung zur Medizin und ihre Anwendung bei Rückenschmerzen / Wolf-Eberhard Mehling. - Als Ms. gedr. - Aachen : Shaker, 1999
(Berichte aus der Medizin)

Zugl.: Berlin, Freie Univ., Diss., 1999

ISBN 3-8265-6737-4

Copyright Shaker Verlag 1999

Alle Rechte, auch das des auszugsweisen Nachdruckes, der auszugsweisen oder vollständigen Wiedergabe, der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen und der Übersetzung, vorbehalten.

Als Manuskript gedruckt. Printed in Germany.

ISBN 3-8265-6737-4

ISSN 0945-0890

Shaker Verlag GmbH • Postfach 1290 • 52013 Aachen
Telefon: 02407 / 95 96 - 0 • Telefax: 02407 / 95 96 - 9
Internet: www.shaker.de • eMail: info@shaker.de

Vorwort 1

Was mag es uns bringen, das vielfach prognostizierte postmaterialistische Millennium – wird es ein solches? Und wenn ja, ist dann "post" gleichzeitig ein "meta" und deutet es an, daß wir auch "hinter" die jetzt gut untersuchte Materie schauen? Kurz: Wird sich das neue Jahrtausend auch wieder mit Metaphysik beschäftigen, mehr als es das 20. Jahrhundert nur in einigen Geisteswissenschaften getan hat? Auch in der Medizin?

An vielen Stellen wächst zunehmend ein Bedürfnis, Dies- und Jenseitiges, Materielles und Nichtmaterielles wieder zusammenzuführen. Man arbeitet wieder an einem monistischen Weltbild, an einer Synthese von Soma und Psyche in der Medizin. Das jetzt favorisierte bio-psycho-soziale Modell vom Menschen wird den neuen Ansprüchen nicht gerecht.

Wie fügen wir *res extensa* und *res cogitans* überzeugend wieder zusammen? Müssen wir zurück in die Zeit von René Descartes? Auf die großen Fortschritte der Aufklärung und der naturwissenschaftlichen Medizin werden wir nicht verzichten wollen; eine naturalistische Ideologie wird uns nicht weiterhelfen. Ich plädiere u.a. für ein sorgfältiges Studium der europäischen Atemtherapie! So wie sie in ca. hundert Jahren aus alter Kultur und Philosophie, Kunst und künstlerischem Empfinden entstanden ist. Sie gründet im Alten, gleichzeitig ist sie modern.

Auch die Atemtherapie hat sich dem intellektuellen Sündenfall nicht ganz entziehen können, wenn sie ebenfalls trennt zwischen Anatomie, Physiologie und Psychologie der Atmung, Psyche ebenfalls neben und parallel zu Soma beschreibt. Der Druck zur wissenschaftlichen Rechtfertigung (z.B. vor den Krankenkassen) zwingt sie ebenfalls in das Korsett zeitgenössischer Studienprotokolle. Sie bleibt aber trotzdem auch eine Kunst, mit künstlerischer Wahrnehmung und künstlerischem Erleben, in einem sehr intimen Verhältnis zum Menschen und mit schönem Instinkt für Überliefertes.

Nach der antiken Überlieferung wird im Atem nicht nur ein chemisch definiertes Luftgemisch (*aer*) aufgenommen sondern auch Seelisches (*pneuma*), das über den Kreislauf als *pneuma zotikon* (*zoe* = Leben), als *spiritus vitalis* die Organe belebe. Für manche naturphilosophischen Autoren war dieses *pneuma* ein Teil des *thermon symphyton*, des eingeborenen Feuers, eines wärmenden, formenden und heilenden Vermögens. Und im *plexus choroideus* wandle sich *pneuma zoticon* zu *pneuma psychicon*, zu *spiritus animalis* (*anima* = Seele).

Die Atemtherapie kultiviert leib-seelische Identität und läßt sie zu einem Erlebnis werden.

Hier ist ein Schritt in die postmaterialistische Forschung. Atemtherapie schult die Wahrnehmung des Patienten und der eigenen Person. Neben exaktes objektives Messen gerät subjektive Wahrnehmung über Gefühl und Empfinden, neben ratio und Zweckmäßigkeit wird auch ein emotionales Urteil und ethische Wertung geschult: Das Richtige muß gleichzeitig auch das Gute und Schöne sein.

Herrn Mehling steht in seiner Darstellung der Atemtherapie beides offen: Die Begriffe einer anspruchsvollen Naturwissenschaft, aber auch von "höheren" Inhalten vermag er uns einen schönen Begriff zu vermitteln.

Prof. Dr. med. Malte Bühring, Berlin

Vorwort 2

Vom ersten bis zum letzten Atemzug ist das Leben des Menschen mit seinem Atem verbunden. Meist unauffällig und selbstverständlich in seinem Ablauf, wird er bei besonderen Ereignissen plötzlich bewußt: in angenehmer Weise, wenn uns der Schritt ins Freie an einem klaren Sommermorgen zu einem tiefen Atemzug veranlaßt, in ganz anderer Weise, wenn eine sehr erschreckende Nachricht uns "den Atem stocken" läßt. Am stärksten, wenn die Atemzufuhr gefährdet oder unterbrochen wird. Dann ist das Leben unmittelbar bedroht, droht der Lebensfaden, der uns mit der äußeren Welt und unserem Organismus verbindet, abgeschnitten zu werden. So verkörpert der Atem im wahrsten Sinne das Angewiesensein auf eine lebensfördernde Umwelt, die heute besondere Aktualität gewonnen hat.

Wenn der Mensch als psychobiologische Ganzheit mit der Umwelt durch den Atem in dieser besonderen Weise verbunden ist, kann es nicht erstaunen, daß sich auch seine Emotionen unmittelbar auf den Atem auswirken. "Es gibt keine Körperfunktion, die empfindlicher auf psycho-physische Veränderungen reagiert, als die Atmung." (Middendorf, Zitat S. 99)

Es ist daher sehr zu begrüßen, daß Wolf-Eberhard Mehling in dieser Arbeit die Aufmerksamkeit auf die Atemtherapie als Methode lenkt, eine Methode, die am konsequentesten die Wirkung des Atems verfolgt hat. Ihre bedeutende Vertreterin Ilse Middendorf sieht sie sogar als einen "dritten Weg", eine eigenständige Disziplin, vielleicht als Ergänzung der Psychotherapie aber nicht als Psychotherapie (S. 118).

Damit sind wir schon mitten in den vielfältigen Problemen, die in der vorliegenden Arbeit angeschnitten werden. Der Verfasser hat sich gut über die gegenwärtigen Strömungen und Auffassungen im Bereich der Körperpsychotherapie orientiert, ist aber gleichzeitig bestrebt, dem besonderen Charakter der Atemtherapie gerecht zu werden. Liest man die plastische kasuistische Darstellung über die atemtherapeutische Behandlung eines Patienten mit Rückenschmerzen, so kann die Auffassung, Atemtherapie sei keine Psychotherapie, kaum aufrechterhalten werden. Das Problem scheint sich fortzusetzen, wenn z.B. Middendorf eine Reflektion über das Erlebte, die den meisten körpertherapeutischen Schulen selbstverständlich ist, vorwiegend als mögliche Störung eines Prozesses sieht, der durch das Atemerleben angestoßen und gefördert wird, eine Störung also durch das "Analysieren, Nachdenken, Beobachten... als Abwehrmechanismen", wie Schellenbaum betont (Zitat S. 119).

Die Bilder, Gedanken, Begriffe, die sich vielleicht während der Arbeit aufdrängen, sollten –

auch nach den hier referierten Äußerungen von Middendorf – eher im Hintergrund und der/die Behandelte am "Leitseil des Atems" bleiben. Dieser ausgesprochen Schwerpunkt auf dem Erleben des Atems, in dem andere Erlebnisse eher eine nachgeordnete Qualität haben, ist vielleicht ein besonderes Merkmal der Atemtherapie und unterscheidet sie auch von anderen Schulen, die mit dem Atem arbeiten. "Die Psychologie bezieht manchmal den Leib mit ein, aber der Schwerpunkt liegt in der Klärung des Geistig-Seelischen über das Mittel des Wortes. Der Schwerpunkt des Atmens hingegen liegt in der Sammlungs- und Empfindungsfähigkeit auch zum Leibe" (Middendorf 1995, zitiert n. Mehling).

Mehling stimmt einerseits dieser Auffassung zu, wenn er erklärt: "Es scheint zumindest in der Interozeptionsforschung theoretisch nachvollziehbar, daß jede Form der Atemtherapie – auch ohne kognitive Verarbeitung – Wirkungen erzielen kann" (S. 143).

Aber grundsätzliche Äußerungen werden bei der Betrachtung der Praxis häufig relativiert. Betrachten wir - auch unter diesem Gesichtspunkt – die erwähnte Behandlung eines Patienten, die im Kapitel 4.3.1 wiedergegeben wird. Symptom: "...seit 2 Monaten zum Teil massive Lumbalgie links mit Ischialgie im linken Bein bis zur Ferse. Taubheit der Fußsohle und Fußaußenkante..." usw. In der Behandlung zeigt sich zunächst der außergewöhnliche Ehrgeiz des Patienten, der auch zu seinem Körper wenig Beziehung hat. Während der Atemtherapie erlebt er dann mehr und mehr seine Wünsche nach Zuwendung, d.h. auch frühe Defizite, die er u.a. durch Leistung überkompensierte. Er spürt die Notwendigkeit, an seinen narzißtischen Vorstellungen Abstriche zu machen, und erlebt schließlich die genannten Defizite mit heftiger emotionaler Erschütterung.

In dieser Behandlung spielt die gemeinsame Arbeit von Therapeut und Patient (diese Gemeinsamkeit erwähnt auch Middendorf, S. 147), also die (unter)stützende, verstehende, führende Arbeit des Therapeuten eine grundlegende Rolle. Das so wichtige "Hinspüren" auf den Atem, auf den eigenen Körper, machte das allmähliche Erleben der Emotionen erst möglich. Und sicher bildet dieses unmittelbare Erleben, das dem "sich einlassen" auf die Atem- und Körpererfahrung folgt, die Basis für die nachfolgende ausgesprochen Besserung des Krankheitsbildes. Auch das Erlebnis, empathisch berührt zu werden, ist für den Heilungserfolg erkennbar wichtig.

Die Reflektion ist hier tatsächlich nachgeordnet. Aber das betrifft nicht allein die Atemtherapie. Ohne primäres Erleben (wenn auch oft erst nach längerer Zeit) können die meisten psychotherapeutischen Verfahren keine Änderung bewirken. In der Atemtherapie wird dieses Erleben noch einmal besonders betont. Aber das behutsame "in Worte fassen" – also Sprache, die dem unmittelbaren Erleben eine Form gibt, ist – in der richtigen Dosierung und eher nachträglich – m.E. nicht als

störend anzusehen. Die erwähnte kasuistische Darstellung macht auch nicht den Eindruck, als ob die Sprache keine Rolle gespielt habe (wenn auch wohl eher in der nachträglichen Reflektion). Hinzu kommt eine theoretische Auffassung der Störung, die häufig psychoanalytische Termini benutzt.

In dieser Frage treffen sich im übrigen Probleme, die gegenwärtig in der Psychoanalyse diskutiert werden, mit der hier besprochenen Methode. Auch die Übertragung in der Psychoanalyse geht vom Erleben im Hier und Jetzt aus, und die Einsicht in die Wichtigkeit der nonverbalen Kommunikation ist in den letzten Jahren auch in dieser Disziplin gewachsen (Vgl. z.B. Volz-Boers, 1999)

Aber die Qualität von Körpererlebnissen in der Körperpsychotherapie oder das Erleben des Atems in der Atemtherapie haben darüber hinaus ganz zweifellos eine eigene Qualität, deren Wirkungen besonders bei der Behandlung frühgestörter Patienten, aber darüberhinaus überhaupt für das Entdecken neuer Lebensbewegung" (Heisterkamp) unersetzbar sein können.

Sehen wir uns daraufhin noch einmal etwas ausführlicher die Ausführungen zur Wirkung der Atemtherapie an. Eine zentrale Rolle spielt die Lenkung der Aufmerksamkeit auf die Signale des eigenen Körpers. "Der Patient richtet – unterstützt durch die gleichfalls gerichtete Aufmerksamkeit des Therapeuten – seine Aufmerksamkeit durch den Spürsinn auf die Sinnesempfindungen aus dem Körperinneren. Selbst das Fehlen von Körperempfindungen in einer Körperregion wäre schon eine körperbezogene Selbstwahrnehmung..." (Mehling, S. 131). Es findet ein inneres "Umschalten" (S. 132) statt von der im Alltag vorherrschenden eher kognitiv bestimmten Wahrnehmungsweise zu einer anderen Wahrnehmungsweise, "zum Spüren... einer mehr perceptiven Wahrnehmungsebene (Vaitl), einem erfahrungsgeliteten Empfinden (Stern)..." Mehling bezieht sich in diesem Zusammenhang auch häufiger auf eine Arbeit von Rolf Johnen und mir, in der wir diese Veränderung in der Terminologie von Spitz als einen Wandel von der diakritischen zur (frühen) koenästhetischen Wahrnehmung darstellten. Das geschah am Beispiel der funktionellen Entspannung (FE) nach Fuchs, die viele Gemeinsamkeiten aber auch Unterschiede zur Atemtherapie aufweist. Ein Unterschied liegt nach Mehling u.A. in der Bewertung von explizitem Wissen und Kognition, auf die die FE mehr Wert legt.

Ein gemeinsamer wichtiger Zug ist das erwähnte "Umschalten" zu einer Richtung der Aufmerksamkeit, in der Informationen über innere Vorgänge wie Spannungsempfindungen, Tiefensensibilität u.A. wahrgenommen werden können. Indem sich der Patient dem Atem als Kreuzungsstelle zwischen dem autonomen und dem willkürlichen Nervensystem überläßt, wird dieser Prozeß unterstützt, der auch Merkmale des kontemplativen Erlebens hat. Ein gemeinsamer Zug von Atemtherapie und Funktioneller Entspannung ist hierbei, daß es nicht zu einem "Hypnoid" (Fuchs) kommt,

sondern eine spezielle Form der Wachheit bestehen bleibt, die sich den auftauchenden Empfindungen mit innerer "Sammlung" zuwenden kann.

Stern spricht von einer "amodal-globalen Wahrnehmungsweise des Säuglings, in der er auch eine Voraussetzung für die Fähigkeit zum Erleben des Kern-Selbst sieht" (Mehling, S. 134). Etwas später weist Mehling auch auf auftauchende frühe Erinnerungsspuren hin, noch später auf Aussagen der Atemtherapie über erlebnisse, die sich begrifflich schwer fassen ließen. Es handle sich um das Erleben eines eigenen "Kernes" einer "Ganzheit" der Person, ihres "Wesens". Derartige Begriffe erwecken heute eher Mißtrauen. Vorstellbar ist aber, daß in der genannten Umstellung auf eine frühe globale Welt – bei gleichzeitigem Beibehalten des erwachsenen Bewußtseins – das Erleben einer frühen und zuweilen noch ungebrochenen globalen Empfindung von Selbst und Welt möglich ist. Insbesondere das eigene Selbst wird sich erst später in der Entwicklung durch den Zwang der Adaptation an störende Umwelteinflüsse z.T. in "maladaptiver" Weise verformen müssen, wie es z.B. Kokkou und Lehmann (1998) darstellen, und dadurch – ebenso wie schon vorher mit dem Spracherwerb – der "paradiesischen frühen Einheit" verlustig gehen. Daß diese Einheit nicht immer "paradiesisch" ist, dafür sorgen frühe störende Vorgänge bis hin zu traumatischen Einflüssen z.B. durch Dyspassungen zwischen Mutter und Kind. So wird auch im Text auf evtl. auftauchende "erschreckende Bilder" hingewiesen. Aber daneben gibt es offensichtlich Erlebnisse eines wesentlichen eigenen ganzheitlichen Seins, das von Mehling auch mit dem "wahren Selbst" nach Winnicott verglichen wird, mit der "spontanen Geste" im frühen Stadium der Entwicklung des Kindes. "Nur dieses wahre Selbst kann kreativ sein" (S. 151). Es würde sich damit auch um eine Art salutogenetischer Bewegung und die Erschließung von Ressourcen handeln, die z.B. von der Atemtherapie nach Glaser besonders betont werden. Insgesamt dürfte die Atemtherapie – denken wir an die Falldarstellung in dieser Arbeit – auch die "bessere" Erfahrung eines frühen leibnahen Selbsterlebens in einer tragenden Beziehung ermöglichen und damit die Korrektur u.A. früher Spannungserlebnisse möglich machen, die sich in einem unbewußten "prozeduralem Gedächtnis" im Körper niedergeschlagen haben (vgl. Mertens, 1998).

Daß auch das Auftauchen "erschreckender Bilder" möglich ist, unterstützt wohl die Ansicht, daß Atemtherapie bei Psychosen kontraindiziert ist. Der Atem mobilisiert frühe Anteile und ihre Anwendung setzt daher eine gewisse psychische Stabilität des Behandelten voraus, die z.B. bei psychosomatisch erkrankten Patienten häufiger gegeben ist als bei Psychosen. Auch die Funktionelle Entspannung wird bei Psychosen in ihrer von Fuchs entwickelten Form nicht angewandt, dagegen eher eine von Krietsch und Heuer entwickelte Variation, die Elemente der Funktionellen Entspannung und der Konzentrativen Bewegungstherapie verwendet und dabei besonders die "Verlässlichkeit der Basisstrukturen, der körperlichen Ich-Strukturen von Halt und Abgrenzung" (z.B. des

Bodens) betont (Krietsch, Heuer, 1997).

Die bisherigen Ausführungen könnten einigen Lesern den Eindruck vermitteln, in der vorliegenden Arbeit würden in erster Linie doch spekulative Thesen abgehandelt. Aber die Ausführungen Mehlings wurden zunächst durch eine Befragung sämtlicher Atemtherapeuten Deutschlands gewonnen. Der Fragebogen wurde mit deskriptiver Statistik ausgewertet. In der Diskussion über die Wirkungen der Atemtherapie werden diese mit den ausführlich erwähnten empirischen Ergebnissen der Interzeptionsforschung und mit Thesen der psychosomatischen Medizin verglichen. Auch auf den zentralen Begriff der Propriozeption wird ausführlich hingewiesen. An dem oben bereits erwähnten Fallbeispiel mit orthopädischer Symptomatik aus der atemtherapeutischen Praxis werden weiterhin Aussagen der Atemtherapie exemplifiziert und mit unterschiedlichen Fachgebieten in Beziehung gesetzt. Erwähnt werden: Epidemiologie, Orthopädie, Schmerzphysiologie, Biologische Psychologie, Verhaltensmedizin, Psychoanalyse, Theaterwissenschaften, Meditation und Philosophie.

Abschließend seien mir einige persönliche Worte gestattet: Als ich diese Arbeit las, tauchten bei der Darstellung der Geschichte der Atemtherapie viele aus der eigenen Vergangenheit und Gegenwart bekannte Namen auf. Meine Mutter, Ada Müller-Braunschweig, hatte als Psychoanalytikerin in den 40iger und Anfang der 50iger Jahre näheren Kontakt zur C. G. Jung-Gruppe in Berlin. Hier lernte sie, und dadurch auch ich noch als Jugendlicher, die erwähnten Atemtherapeuten C. Veening und Margarethe Mhe auch in ihrer Arbeit kennen. Meine Frau, damals Schülerin von Marianne Wigman (Tanz), begegnete der gleichfalls erwähnten Atemtherapeutin Herta Grun und lernte bei ihr diese Methode kennen. H. Grun verhalf ihr auch zu der Möglichkeit, Bewegungs- und Improvisationsunterricht an einer Schauspielschule durchzuführen. Später machte sie eine Ausbildung in Konzentrativer Bewegungstherapie und nahm auch an Kursen von I. Middendorf teil. Meine jüngere Tochter, Schauspielerin, hat näheren Kontakt zu Annelies Wieler, einer Schülerin Volkmar Glasers, und deren Schule in Zürich. Dieses Umfeld erleichterte mir als Psychoanalytiker später auch den Weg zur Selbsterfahrung in Funktioneller Entspannung und anderen Methoden der körperorientierten Psychotherapie. Auch deshalb habe ich dieses Vorwort gerne geschrieben.

Die Kenntnisse verschiedener psychotherapeutischer Richtungen – ohne dabei einem beliebigen Eklektizismus zu verfallen – und ihr sorgfältiger Einsatz bzw. ihre Auswahl je nach Indikation wird für die weitere Entwicklung der Psychotherapie sehr wichtig sein. Dazu gehören auch Untersuchungen wie die vorliegende Arbeit.

Prof. Dr. Hans Müller-Braunschweig, Giessen

Literatur

Kokkou, M, Lehmann, D: Ein systemtheoretisch orientiertes Modell der Funktion des menschlichen Gehirns und die Ontogenese des Verhaltens. Eine Synthese von Theorien und Daten. In: Kokkou, Leuzinger-Bohleber, M. (Hrsg): Erinnerung von Wirklichkeiten. Psychoanalyse und Neurowissenschaften im Dialog. Verlag Internationale Psychoanalyse, Stuttgart 1998

Krietsch, S., Heuer, B.: Schritte zur Ganzheit. Bewegungstherapie mit schizophrenen Kranken. Fischer, Stuttgart, 1997

Mertens, W.: Aspekte der psychoanalytischen Gedächtnistheorie. In: Kokkou, M., Leuzinger-Bohleber, M. (Hrsg),): Erinnerung von Wirklichkeiten. Psychoanalyse und Neurowissenschaften im Dialog. Verlag Internationale Psychoanalyse, Stuttgart 1998

Volz-Boers, U.: "Ich bin wieder ein Mensch". Transformation des frühen psychischen Traumas durch Neubildung von Repräsentanzen. Psyche (im Druck)

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich allen danken, die zur Entstehung dieser Arbeit beigetragen haben. Mein besonderer Dank gilt

Herrn Prof. Dr. med M. Bühring, Berlin, dem Betreuer der Arbeit, der mich mit vielen Anregungen unterstützte und mir wichtige Hinweise und Ratschläge gab

Herrn Prof. Dr. phil. Müller-Braunschweig, Gießen-Wettenberg, der mir für den theoretischen Hintergrund wertvolle Anregungen und Literaturhinweise gab

Herrn Dr. rer. nat. M. Ayaita und Frau C Ayaita, Kassel, die mir bei der Dateneingabe und der statistischen Auswertung halfen

dem Vorstand der Arbeits- und Forschungsgemeinschaft für Atempflege (AFA), Traude Meyer und Susanne Hermann, der Forschungsgruppe der AFA, Gabriele Franzen und Helga Vogt, die für die Ausarbeitung des Fragebogens und die Unterstützung der Arbeit wertvolle Hilfe leisteten

Frau Prof. Ilse Middendorf, Irmgard Grube, Helga Dzuck-Becker, Christa Camerer, Margarete Köder, Irmela Halstenbach, Wittwulf Malik, Jürg Roffler, die mir die Wirkung der Atemtherapie am eigenen Leibe nahebrachten

Einer Person, die ungenannt bleiben möchte, für finanzielle Unterstützung der Arbeit

Herrn Prof. Dr. Wittenberger, Kassel, dessen Intervention in der Supervision den ursprünglichen Anstoß für diese Arbeit gab

Herrn Prof. Dr. H. Juncker, Hamburg, der mir Literaturhinweise zu S. Freud gab

Herrn Dr. Burkhard Hesse, Baunatal, der mir für die Fragebogen-Konstruktion wertvolle Anregungen gab

Herrn Hans Halstenbach, Essen, der mir Literatur und persönliche Informationen zu C. Veening und GR Heyer gab

Herrn Dr. U. Geuter, Berlin, Herrn Prof. HH. Raspe, Lübeck, Herrn Dr. S. Dietrich, Bochum, Herrn Dipl. Psych M. Büscher, Berlin, Frau Dr. Karoline v. Steinäcker, Berlin, Herrn Stephan Bischof, Freiburg, den Leitern der atemtherapeutischen Schulen, Frau Dr. Katrin Fischer, Berlin, die mir auf telefonische oder schriftliche Anfragen bereitwillig Auskunft gaben

meinen Eltern, meiner Frau, meinen Kindern und meinen Freunden für die Unterstützung im Verlaufe der Arbeit

und allen Atemtherapeuten der AFA, die durch ihre Teilnahme an der Befragung diese Arbeit erst möglich gemacht haben.

Inhaltsverzeichnis

| | | Seite |
|--------|--|-------|
| 1 | <u>EINLEITUNG</u> | |
| 1.1 | Thematik | 1 |
| 1.2 | Zur Geschichte der Atemtherapie | 4 |
| 1.3 | Fragestellungen und Hypothesen im Einzelnen | 12 |
| 2 | <u>METHODIK</u> | |
| 2.1 | Der Fragebogen | 21 |
| 2.2 | Befragter Personenkreis | 35 |
| 2.3 | Auswertung | 37 |
| 2.4 | Statistik | 38 |
| 3 | <u>ERGEBNISSE</u> | |
| 3.1 | Rücklauf der Fragebögen | 41 |
| 3.2 | Demografische und soziologische Daten | |
| 3.2.1 | Alter und Geschlecht | 42 |
| 3.2.2 | Die Schulen der Atemtherapie | 44 |
| 3.2.3 | Das AFA-Diplom | 46 |
| 3.2.4 | Berufserfahrung | 46 |
| 3.2.5 | Berufliche Vorbildung | 48 |
| 3.2.6 | Arbeitsverhältnisse | 51 |
| 3.2.7 | Arbeitszeit und Verdienst | 55 |
| 3.2.8 | Verhältnis Einzel- zu Gruppenarbeit | 56 |
| 3.2.9 | Behandlungsfrequenz und Behandlungsdauer | 56 |
| 3.2.10 | Zusammenfassung | 66 |
| 3.3 | Arbeitsweise und Arbeitskonzepte | |
| 3.3.1 | Kombination mit anderen Verfahren | 58 |
| 3.3.2 | Einordnung der Atemtherapie | 61 |
| 3.3.3 | Behandlungsziel | 64 |
| 3.3.4 | Pathogenese versus Salutogenese | 67 |
| 3.3.5 | Zusammenfassung | 69 |
| 3.4 | Allgemeine medizinische Daten | |
| 3.4.1 | Therapeutische Erfolge | 70 |
| 3.4.2 | Therapeutische Erfolge bei definierten medizinischen Diagnosen | 71 |
| 3.4.3 | Fallzahlen | 74 |
| 3.4.4 | Die wichtigsten Indikationen | 76 |
| 3.4.5 | Kontraindikationen | 78 |
| 3.4.6 | Unerwünschte Wirkungen | 79 |

| | | |
|--------|--|-----|
| 3.4.6 | Unerwünschte Wirkungen | 79 |
| 3.4.7 | Patientenmerkmale | 80 |
| 3.4.8 | Zusammenfassung | 82 |
| 3.5 | Spezielle orthopädische Daten | |
| 3.5.1 | Häufigkeit wirbelsäulennaher Beschwerden in der atemtherapeutischen Praxis | 83 |
| 3.5.2 | Einschätzung der Besserung wirbelsäulennaher Beschwerden | 84 |
| 3.5.3 | Erklärung für den Erfolg der Atemtherapie | 86 |
| 3.5.4 | Zusammenfassung | 89 |
| 4 | <u>DISKUSSION</u> | |
| 4.1 | Zu den Ergebnissen der Studie | 91 |
| 4.1.1 | Zum Rücklauf | 91 |
| 4.1.2 | Zu den demografischen und soziologischen Daten | 93 |
| 4.1.3 | <u>Exkurs</u> zu den einzelnen atemtherapeutischen Schulen | 95 |
| 4.1.4 | Zu den demografischen und soziologischen Daten (Fortsetzung) | 104 |
| 4.1.5 | Zu Arbeitsweise und Arbeitskonzepten | 107 |
| 4.1.6 | <u>Exkurs</u> zum Verhältnis Atemtherapie und Psychotherapie | 112 |
| 4.1.7 | Zu den allgemeinen medizinischen Daten | 121 |
| 4.1.8 | Zu den speziellen orthopädischen Daten | 128 |
| 4.2 | Allgemeine Grundlagen und theoretische Überlegungen zur Funktionsweise der Atemtherapie | 131 |
| 4.2.1 | Interozeption | 131 |
| 4.2.2 | Dynamik der Wahrnehmung | 133 |
| 4.2.3 | Entspannung und Wachheit | 135 |
| 4.2.4 | Erinnerungsspuren | 136 |
| 4.2.5 | Atemmuster und Affekte | 137 |
| 4.2.6 | Regression | 138 |
| 4.2.7 | Aufmerksamkeitsebenen | 140 |
| 4.2.8 | Kognition und implizites Wissen | 142 |
| 4.2.9 | Fokus der Aufmerksamkeit | 144 |
| 4.2.10 | Sammlung und Konzentration | 146 |
| 4.2.11 | “Selbst” | 148 |
| 4.2.12 | “Wesen” | 150 |
| 4.2.13 | Grenzen des Beschreibbaren | 152 |
| 4.2.14 | Handlungsanweisungen | 154 |
| 4.3 | Zur Anwendung der Atemtherapie bei Rückenschmerzen | 156 |

| | | |
|---------|--|-----|
| 4.3 | Zur Anwendung der Atemtherapie bei Rückenschmerzen | 156 |
| 4.3.1 | Kasuistik: Beispiel Rückenschmerzen | 156 |
| 4.3.2 | Rückenschmerz in Orthopädie und medizinischer Diagnostik | 163 |
| 4.3.3 | Rückenschmerz: Psychische Faktoren und Lifestyle | 168 |
| 4.3.4 | “Coping Skills” und “Meaning” in der Schmerztherapie | 174 |
| 4.3.5 | Interozeption und Nozizeption bei Rückenschmerzen | 175 |
| 4.3.6 | Aus der Neuroanatomie von Propriozeption und Nozizeption | 180 |
| 4.4 | Schlußbemerkung | 182 |
| 5 | <u>ZUSAMMENFASSUNG</u> | 185 |
| 6 | <u>LITERATUR</u> | 189 |
| ANHANG: | Der Fragebogen mit Anschreiben Lebenslauf | |

Im Text verwandte Symbole und Abkürzungen

| | |
|---------|---|
| KBT | Konzentrierte Bewegungstherapie |
| FE | Funktionelle Entspannung |
| AT | Autogenes Training |
| m | mean- (Mittel-) Wert |
| s | Standard-Abweichung |
| Std Abw | Standard-Abweichung |
| v | Variationskoeffizient |
| Var Ko | Variationskoeffizient |
| Pctl | Perzentile, generell die 16. und die 84. Perzentile |
| Mdn | Median (entsprechend der 50. Perzentile) |