

Sabine Hoherz

Palliative Atemtherapie

Hilfreiche Begleitung für Schwerstkranke und Sterbende

Einleitung

Die palliative Atemtherapie ist eine junge Disziplin innerhalb der Atemtherapie und wurde als Pionierarbeit von Ira Summer entwickelt. In meiner Ausbildung zur Atemtherapeutin wurde die Palliativarbeit noch nicht gelehrt. Schrittweise wird sie in die Ausbildung integriert und umgesetzt.

Jede Atemtherapeutin, die Atemtherapie im palliativen Setting anbietet, ist zunächst auf sich selbst gestellt, braucht Zeit, um die unterschiedlichsten und verschiedensten Bedürfnisse des Sterbenden und den individuellen Sterbeprozess kennenzulernen. Mit diesen gesamten Erfahrungen des eigenen Erlebens mit den Patienten, der Zusammenarbeit mit Angehörigen, Teams von Palliativstationen, Hospizen, Palliativ-Netzen sowie mit Forschergeist ausgestattet, muss der eigene therapeutische Weg gefunden werden, um die Menschen durch ihre inneren Prozesse hilfreich begleiten zu können.

ZUSAMMENFASSUNG. Sterbende sind durch ihr Zurückgeworfensein auf das Existenzielle sehr empfänglich für die Atemtherapie. Der Atem ist oft das Einzige, was ihnen am Lebensende bleibt. Im Atmen können Schwerstkranke und Sterbende erleben, dass es neben Schmerz und Leiden auch Wohlgefühl, Leichtigkeit und Freude gibt. Sie erfahren sich dadurch nicht nur als schwach, überfordert und verunsichert und durch die Atembehandlung angenehm berührt. Deshalb bekommt die palliative Atemtherapie zunehmend Platz und Anerkennung in Hospizen, Palliativstationen und in der häuslichen Betreuung. Die Autorin – Logopädin und Atemtherapeutin – skizziert die Bedeutung und Praxis der palliativen Atemtherapie als hilfreiche Begleitung am Lebensende an konkreten Beispielen aus ihrer Arbeit mit Betroffenen und Angehörigen.

Die palliative Atemtherapie gewinnt immer mehr an Aufmerksamkeit und Bedeutung in der Öffentlichkeit. Sie bekommt zunehmend Platz und Anerkennung in Hospizen, Palliativstationen und in der häuslichen Betreuung.

Die palliative Versorgung im medizinischen Bereich ist in ihrer Aktualität eine Herausforderung für die gesamte Gesellschaft. Durch die veränderte Gesellschaftsstruktur gibt es immer mehr das Bedürfnis, im Sterbeprozess von Fachpersonal gezielt betreut und begleitet zu werden. Die Versorgung und Behandlung schwerstkranker Patienten stellt in ihrer Komplexität eine besondere Herausforderung dar. Die palliative Atemtherapie leistet hierbei einen wertvollen Beitrag.

Die von Prof. Ilse Middendorf entwickelte Methode „Der Erfahrbare Atem®“ greift durch ihre Ganzheitlichkeit den tiefsten inneren Kern des Menschen auf. Die atemtherapeutische Arbeit verbindet den Sterbenden mit seinem Atemgeschehen. Es braucht am Ende unseres Lebens die vertrauensvolle Hingabe an den Ausatem und an das Loslassen – ein Sich-Freigeben. Der Atem hilft uns, er ist wie ein Freund – er trägt durch die Ungewissheit.

Ich möchte den Artikel mit einem Erfahrungsbericht einer von mir betreuten Atempatientin beginnen, die über unsere gemeinsame therapeutische Arbeit Bewusstsein für ihr eigenes Atemgeschehen entwickelt hat. In einer unserer Behandlungen erzählte sie mir von ihrer sterbenden Mutter. Diese litt seit vielen Jahren unter Demenz, lebte im Altersheim und wurde von ihr die letzten Tage im Sterbeprozess begleitet. Auf die Frage, ob dies ihre erste Erfahrung in Begleitung von Sterbenden war und wie es sich für sie anfühlte, berichtete sie mir Folgendes:

„Mit dem Einsetzen eines unüberhörbaren finalen Atems meiner Mutter wurde ich meines eigenen Atmens gewahr und in diesem Spüren entstand eine wunderbar tiefe Verbindung über das Atmen zu meiner sterbenden Mutter. So sehr, wie ich es in der ganzen Zeit ihrer Demenz nicht erleben durfte. Das hat mich so tief und eindrücklich berührt und ich bin un-

endlich dankbar, dass ich mich mit ihr beim Abschied in dieser Weise verbunden fühlen durfte. Ich war erstaunt, dass dies über den Atem, ohne Worte, entstehen konnte. Dies hat in mir sehr viel Frieden und Liebe im Herzen hinterlassen.“

Hier möchte ich die Gelegenheit nutzen, ein Zitat der Atemtherapeutin *Herta Richter* (2012, XX) einzufügen: „Der schwingende Atem lässt uns zu einer Gemeinschaft werden, wir werden Eins. Eins werden mit uns selbst, Eins in uns und mit den Menschen um uns. Eintauchen in das göttliche Geschenk des Atems, eins werden mit der Welt.“

Was ist Atemtherapie?

Natürlicher Atem vs. willentlicher Atem

Der Atem ist als ganzheitliches Geschehen zu betrachten, die elementarste Lebensfunktion, die Urkraft und Urbewegung des Lebens. Atem ist Leben. Der natürliche Atem hat eine weit aus größere Bedeutung für unser Wohlbefinden, als wir meist annehmen. Von Natur aus fließt er unwillkürlich und autonom. Er bleibt wie auch viele andere Körperfunktionen trotz seiner vielfältigen Erscheinungsformen tief unbewusst und unterscheidet sich von Atemtechniken, die willentlich vom Wollen und Handeln gesteuert werden. Ein willentlicher muskulärer Einsatz wirkt auf das autonome Atemgeschehen z.B. mit Forcieren oder Anhalten des Atems. Dies ist zielbestimmt, um eine bestimmte Wirkung zu erzeugen. Darin birgt sich die Gefahr, dass der natürliche Atemfluss beim Praktizierenden, der noch im Verborgenen liegt und evtl. verspannt ist, die innere Verspannung noch verstärken kann.

Der Körper wird automatisch mit der richtigen Menge an Sauerstoff versorgt, die gerade für die jeweilige Lebenssituation bzw. körperliche Aktivität benötigt wird. Daraus ergibt sich, dass es nicht möglich und auch nicht sinnvoll ist, den Atem in seiner autonomen Komplexität zu beeinflussen.

Der natürliche Atem reagiert sehr sensibel auf alle äußeren und inneren Einflüsse, er verbindet die Innen- mit der Außenwelt. Alle äußeren Vorgänge eines Menschen sowie alle Gefühle, die ihn bewegen, wirken auf unsere Atmung. Redewendungen wie „vor Angst den Atem anhalten“, „mir stockt der Atem“, „außer Atem sein“, „vor Erleichterung aufatmen“, „vor Freude jauchzen“, „wieder zu Atem kommen“ beschreiben die enge Verbindung von Gefühlen, Gedanken und Atmung. Dies vergegenwärtigt uns, dass der natürliche Atem das bindende Glied zwischen Körper, Geist und Seele ist.

„Atem ist das schwingende Band zwischen Körper, Seele und Geist.“

Romano Guardini

Ziel und Grundlagen der Atemtherapie

Die Atemtherapie ist die Erfahrbarmachung der Durchlässigkeit für die Atembewegung sowie deren Wirkweise und Schulung des Empfindungsbewusstseins (gleichzusetzen mit dem Körperbewusstsein). Das Ziel ist, die „Bewegung aus dem Atem“ für den Menschen erfahrbar zu machen. Dies gleicht einer Bewegung aus dem tiefen Grund des Seins, frei von Ego und Wollen, sie gestaltet sich als eine Art von Seelenbewegung. Der Atem bringt uns in die Gegenwart, frei von Vergangenheit und Zukunft. Den naturgegebenen Atem wahrzunehmen, ohne sich in das Geschehen einzumischen, meint den „erfahrbaren Atem“. Um die unbewusste Atembewegung für den Menschen zugänglich und erfahrbar zu machen, braucht es die Dreiheit von Sammeln, Empfinden und Atmen sowie die Hingabe und Achtsamkeit an das Atemgeschehen. Im Üben am Atem kann man es als eine Qualität des „Lau-schens“ zum Atem hin beschreiben.

Palliative Atemtherapie

Ira Summer aus München gründete als erste die „Palliative Atemtherapie“. Sie ist tätig als Körper- und Atemtherapeutin sowie Heilpraktikerin und ist ausgebildete Hospizhelferin. In ihrer Tätigkeit als Hospizhelferin wussten Kollegen und Ärzten um ihre Ausbildung als Atemtherapeutin und ermutigten sie, die Atemtherapie in die Sterbebegleitung mit einzubeziehen. Im Jahr 1996 war sie im Aufbau der Palliativstation St. Johannes von Gott am Krankenhaus Barmherzige Brüder in München maßgeblich beteiligt. Hier nahm die palliative Atemtherapie ihren Anfang. Ira Summer sammelte erste wichtige Erfahrungen mit der atemtherapeutischen Arbeit mit Sterbenden und prägte die Palliative Atemtherapie, die sie als Fortbildungen anbietet.

Atemtherapie in der Palliative Care

„Palliare“ (lateinisch) bedeutet wörtlich: „den Mantel um jemanden legen“, im übertragenen Sinne jemanden umhüllen und seine Beschwerden lindern. Palliative Care bezeichnet die Behandlung, Pflege und Begleitung von Patienten, deren Krankheiten nicht mehr auf kurative Behandlung ansprechen. Ihr Ziel ist, den Patienten und seinen Angehörigen größtmögliche Lebensqualität zu bieten. Die Aufnahmekriterien im Palliativstatus umfassen behandlungsbedürftige Zustände bei der Bewältigung von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, unstillbarem Erbrechen sowie Linderung psychisch-seelischer, sozialer und geistig-spiritueller Probleme und Nöte.

Was kann die palliative Atemtherapie in der Palliative Care bewirken?

Die palliative Atemtherapie ist auf die besonderen Bedürfnisse und vielfältigen Nöte schwerkranker und sterbender Menschen ausgerichtet, diese zu erkennen und zu lindern. Mit der atemtherapeutischen Arbeit wird der Sterbende im körperlichen, seelischen, geistigen und spirituellen Sein angesprochen.

Die Atembehandlung in der palliativen Atemtherapie

Das Schaffen eines geschützten, vertrauensvollen Rahmens ist die Basis, um Vertrauen und Rückzug entstehen zu lassen. Das kann bedeuten, den Raum von Licht- und Luftverhältnissen adäquat einzurichten und Störquellen möglichst auszuschließen.

In der Hinwendung zum Sterbenden braucht es von TherapeutInnen ein ruhiges, achtsames Dasein. Die Zuwendung und Berührung erfordert die eigene Präsenz und geistesgegenwärtiges Handeln.

Die Atembehandlung kommuniziert durch die Sprache der Berührung, es entsteht ein Atemgespräch zwischen dem Patienten und der TherapeutIn. Ich bekomme über den behandelnden Atemrhythmus Auskunft, wie es um den Menschen steht, ich kann erahnen, was die Situation von ihm abverlangt. Die Atembehandlung lässt den Sterbenden in seinem Atem ankommen, ein Bei-sich-Ankommen, woraus mit der Zeit ein bedingungsloses „Ja“ zu sich selbst wächst und allem, was ist.

Die Sehnsucht nach Halt, Nähe, Geborgenheit, Trost, Berührung, Ruhe und Frieden sind Lebensbedürfnisse, die am Ende des Lebens sehr ausgeprägt in Erscheinung treten und nach Erfüllung verlangen. Die letzten Wünsche oder Wünsche überhaupt stehen im Raum, viel-

leicht noch nie im Leben ausgesprochen worden sind. Diese erhalten im Sterbeprozess und der Atembehandlung eine große Dringlichkeit. Als Therapeutin werde ich für den Sterbenden zu einer Bezugsperson für seine Bedürfnisse, die dann gemeinsame Arbeit gestalten.

Im Schmerzbereich gelingt es, mit der Atemtherapie leichte Schmerzen ein wenig zu lindern, starke oder schwer kontrollierbare Schmerzen sind davon geschlossen. Erwünschte Begleiterscheinungen in der Atembehandlung sind die Äußerungen von Seufzen, Stöhnen und ausgiebigem Gähnen. Sie wirken atemvertiefend, lösend und verbessern die Lungenfunktion, ebenso werden Dopamin und Serotonin ausgeschüttet, sie begünstigen die Verarbeitung von schmerzhaften Erlebnissen und bringen Freude.

ÜBUNG

Hände öffnen und Hände schließen

Setzen Sie sich entspannt auf einen Stuhl, die Füße gut am Boden aufgestellt. Die Hände werden durch Ausstreichen und Reiben lebendig gemacht. Eine Hand von der Handmitte aus zu den Fingern ausgiebig ausstreichen. Diese mit dem Handrücken auf dem Oberschenkel ablegen und zum Nachspüren ruhen lassen.

Danach die Hand auf Höhe der Körpermitte anheben. Die Sammlung in die Handmitte nehmen und von der Mitte ausgehend die Hand öffnen. Die Dehnung gleicht einer geschmeidigen und zarten Öffnung einer Blumenknospe. Nehmen Sie dabei wahr, wie der Atem von selbst der Dehnung folgt.

Die Handmitte schwingt wieder zum Schließen der Knospe zurück. Warten Sie ab, bis Sie sich für ein neues Angebot wieder bereit fühlen und wiederholen Sie die Dehnung der Handmitte.

Sie können es solange praktizieren, wie Sie sich wohl fühlen und in die Verbindung zum Atemgeschehen aufmerksam bleiben können. Kommen Gedanken mit hinein, ist das ein Hinweis, die Übung zu beenden und die Wirkung im Nachruhen entstehen zu lassen. Mit der Zeit nehmen Sie bestimmt wahr, wie die angenehme kleine Dehnung im Leib hinein dehnt, über Arme, Schultern in den Brustraum hinein.

In der Übung erfahren Sie ein Atemgesetz, das lautet: Einer Dehnung folgt der Einatem. Eine Dehnung lockt den Einatem, verstärkt so die Einatembewegung.

Das Zurückschwingen der Hand wird begleitet vom Ausatem, dieser vertieft sich.

Im Nachspüren die Anregung in der Hand weiter wirken lassen, nach dem Atem lauschen, dann beide Hände miteinander vergleichen. Was hat sich verändert? Wie erleben Sie jetzt ihren Atem? Wie fühlt sich die Hand an, wie ist die Beweglichkeit der Hand und wie ist jetzt meine Gestimmtheit?

Nach der Behandlung ist das Nachruhen von großer Bedeutung. Wenn es möglich ist, gehe ich in der Zeit aus dem Raum; falls der Patient sich dadurch verlassen fühlt, bleibe ich im Raum. Gerne nutze ich in der Nachruhephase Decken, die ich um den Kopf und Körper lege, um den Sterbenden in ein Gefühl des Umhüllt- und Geschütztseins einzubetten.

Atemrhythmus beim Sterbenden

Der Atem beginnt mit der Geburt und begleitet den Menschen regelmäßig bis zu seinem Lebensende. In der Extremsituation des Sterbens spielt er eine große Rolle. Mit der immer stärker schwindenden Lebenskraft und dem Schwächerwerden des menschlichen Körpers nimmt auch der Einatem zum Lebensende hin ab. Die Atmung verschiebt sich zum Ausatem hin, die Atemruhe wird bedeutsamer. In der Behandlungsarbeit gewinnt nun die Atemruhe viel Raum. Der Sterbende kommt zur Ruhe, er darf sich vom Atmenmüssen ausruhen und erfährt, dass es nichts zu tun gibt. Die Atemruhe wird dichter, als eine Hingabe ans Sein spürbar.

Rasselatmung

Wie schon der Name verrät, ist es eine geräuschvolle Atmung, verursacht durch Luftturbulenzen in den Sekreten, die sich im Oropharynx und in den Bronchialästen sammeln. Der Sterbende ist in den letzten Lebenstagen und Lebensstunden durch zunehmende Entkräftung oder Bewusstseinsstörung nicht mehr in der Lage, diese durch Husten oder Schlucken zu beseitigen. Es zeigt sich mit rascher Zunahme von Speichelsekretion, Bewusstseinsstörung oder Bewusstlosigkeit und Verlust des Schluckreflexes. Die Möglichkeit einer Pneumonieentwicklung ist dadurch gegeben. Bei Patienten mit Lungentumoren und Hirntumoren kann dies häufiger auftreten.

Schnappatem in der präfinalen Phase

Die Schnappatmung kann entstehen als Folge von mangelndem zentralen Atemantrieb. Sie ist die Agonie des Sterbens. Nachlassende Stoffwechselprozesse führen zum langsamen Verlöschen der Lebensprozesse. Erkennbar sind sie an einem schwindenden Bewusstsein, an einer röchelnden Atmung, einem schwächer werdenden und unregelmäßigeren Puls. Unmittelbar vor dem Sterben schreitet die Erschlaffung der Muskulatur fort, wie auch das Erlöschen der Nervenreflexe. Bei Ausfall der zentralen Steuerungsmechanismen werden die Bewegungen und Lautäußerungen unkoordiniert. Die Atmung findet zunehmend nur noch im Bronchial-Kehlräum statt, ohne Gasaustausch in der Lunge.

Zielsetzungen in der palliativen Atemtherapie

- Verbesserung der allgemeinen Lebensqualität
- Verringerung von Depressivität, Angst und Panikattacken
- Linderung von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit
- Verbessertes seelisches und körperliches Wohlbefinden
- Erleben von Stille, Geborgenheit, Gehaltensein, Wärme, Kraft, innerer Ruhe, Frieden und Dankbarkeit
- Ausgleich emotionaler Zustände wie Trauer, Wut, Verzweiflung und Resignation
- Erweiterung der Wahrnehmung auf gesunde und heile Bereiche
- Der inneren Erstarrung entgegenwirken
- Öffnung für neue Erfahrungen, seelischer Anpassungsprozess

Extreme Atemnot, Todesangst

Unter Atemnot leiden ca. 70 % der palliativen Patienten. Die extreme Atemnot ist für alle Beteiligten schwierig und die Fähigkeit, sich davon zu distanzieren, gelingt nicht immer. Hinzu kommt beim Sterbenden die große Angst zu ersticken, sie geht mit seiner Todesangst einher. Der Patient hat das Gefühl, trotz größter Anstrengung zu wenig Luft zu bekommen. Die später entstehende Atemnot ist im Zusammenhang mit dem kontinuierlichen Kräfteverlust zu sehen. Der Umgang mit der Atemnot stellt für den Therapeuten eine besondere Herausforderung dar. Schnell kann sich die Atemnot des Patienten auf den Therapeuten übertragen und eigene Atembeklemmungen auslösen.

Der Patient setzt in dieser Situation unbewusst die Atemhilfsmuskulatur ein, um den oberen Atemraum zu vergrößern. Der Brustkorb hebt sich, wird fixiert und aus der Not atmet er fast nur noch ein, der Ausatem wird für ihn ganz unwichtig. Hinzu kommen kann zäher Schleim in der Lunge, der sich nicht abhusten lässt und die Situation weiter erschwert. Die damit einhergehende Angst macht eng und treibt noch mehr in die Enge, aus der er versucht auszubrechen.

Hier braucht der Notleidende konkrete Anleitung, das Animieren auszuatmen steht im Vordergrund. Dem Ausatem mehr Bedeutung zu geben als dem Einatem, ist das Ziel der therapeutischen Maßnahme, obwohl dies dem Patienten paradox erscheint, da er mehr Luft will.

Mögliche Interventionen

Als hilfreich hat es sich erwiesen, im Raum das Fenster zu öffnen. Das signalisiert dem Patienten, dass Luft in den Raum gelangt und er selbst besser zu Luft kommt. Augenkontakt

suchen und halten zeigt, dass man da ist – ihn jetzt nicht verlässt.

Klare Anweisung geben, Atemführung übernehmen. Laut mitatmen, den eigenen Ausatem geräuschvoll ausströmen lassen.

Nur Ja-/Nein-Fragen stellen. Anbahnen der Lippenbremse, die Lippenbremse auf /f/,/s/, /sch/ entlassen.

Für die TherapeutIn selbst ist es wichtig, sich mit ihrem eigenen Atem zu verbinden, um da-

durch in der Weite und Ruhe zu bleiben. Dem Ausatem folgend kommt der Mensch wieder zu Atem, beruhigt sich und durchdringt seine Angst und Atemnot.

Die Vorstellung, im Sterben einem plötzlichen Erstickungstod zu erleiden, ist weitverbreitet. Ein Erstickten ist jedoch nur gegeben, wenn die Luftröhre verschlossen wird. Diese Angst nehme ich ernst und bespreche sie ausführlich mit dem Patienten und dessen Angehörigen.

Hand eincremen, Duftatem

Ein angenehmer Geruch regt die Sinne an. Der wohlthuende Duft macht den Atem für den Patienten deutlich wahrnehmbar. Das Riechen und Schnuppern über die Nasenflügel weitet die Nasengänge, den Eingang der Nase (das Tor des Atems).

Die Atemluft gelangt leichter und bewusster in den Nasenraum. Das regt den Atem an und eine Atemvertiefung stellt sich ein. Die einzelnen Finger haben eine Entsprechung zu unseren Körperräumen (unterer, mittlerer, oberer Raum), diese werden dadurch angesprochen und angeregt. Nehmen sie Cremes und Öle, die aus natürlichen Ölauszügen hergestellt sind. Synthetische Öle reizen zu sehr die Atemwege. Fragen Sie den Patienten nach seinem Lieblingsduft oder einer im Moment bevorzugten Duftrichtung.

Bieten Sie ihm den Duft an, indem Sie das Öl oder die Creme auf den Handrücken des Patienten reiben. Diesen kann er nun sanft mit der Nase empfangen und ins Innere der Nase einströmen lassen, ohne ihn dabei stark einzuziehen.

Leiten Sie das Eincremen der Hände an. Lassen sie die Handmitte, jeden einzelnen Finger, die Nägel liebevoll berühren und Aufmerksamkeit schenken. Zum Ausklingen riecht der Patient den Duft der Hände. Dann können die Hände auf der Bettdecke ineinander oder geöffnet liegend ruhen.

Sich den Händen zuzuwenden, fördert die Berührung und die liebevolle Zuwendung zu sich selbst. Der Patient kann sich angenommen und berührt fühlen, es wirkt beruhigend auf ihn und zentrierend.

Fallbeispiel

Herr S. 65, Jahre alt, Rentner. Die Kontaktaufnahme erfolgte über das Palliativ-Netz. Anfrage der atemtherapeutischen Betreuung wegen starker Atemnot, Erstickungsängsten und Panikattacken. Wird seit Oktober 2019 im palliativ Status betreut. Rücksprache mit dem Hausarzt, Diagnose und respiratorische Situation abgeklärt.

Diagnosen: Chronische respiratorische Insuffizienz, Typ I, Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, COLD (Chronic Obstructive Lung Disease), Lungenemphysen, Ruhedyspnoe. Künstliche Herzklappe, Operation 2006. Einstellung auf ein Heimbeatmungsgerät seit 2018.

Erstkontakt: Der Patient zeigt sich in starker Atemnot, zitternd, untergewichtig und im geschwächten Allgemeinzustand. Selbstständige Bewegungen, Liegen und Sitzen sind möglich. Starke Übelkeit, Mundtrockenheit und Schmerzen beim Atmen sind vorhanden.

Erste Diagnostik bezüglich Atmung: Atmung mit Beteiligung der Atemhilfsmuskulatur. Starkes Einziehen des Einatems. Wenig Atembewegung im Becken-Bauchraum. Stark verfestigter, fixierter Brustkorb, kramphafes Halten des ganzen Körpers. Unruhig bis leicht panisch.

Therapieziel: Im Vordergrund der Behandlung stand zuerst die Linderung der Erstickungsangst, Atemnot und Panik.

Therapieverlauf: In der atemtherapeutischen Arbeit gelang die Anbindung an den unteren Atemraum über Becken, Beine und Füße sehr gut. Dies bewirkte eine schnelle Erleichterung und Vertiefung des Ausatems in den Beckenraum. Halt und wieder Boden unter den Füßen zu spüren, stabilisierte und beruhigte den Patienten.

Ein weiteres Ziel war es, die Flexibilität und Schwingungsfähigkeit des Brustkorbes wiederherzustellen. In Verbindung mit dem Lösen der Zwerchfellansätze durch leichte kreisende Bewegungen förderte es eine sichtbare Atembewegung im mittleren Raum.

Zur Atemvertiefung wurde die Lippenbremse angebahnt und das Weithalten der Atemwege durch entlastende Körperstellungen im Sitzen vorgestellt und eine atemgerechte Lagerung im Liegen, die den freien Atemfluss förderte und Erleichterung beim Atmen brachte.

Im oberen Raum, an den Halswirbeln, Kopfgeelenken, Hinterhauptsloch und Kopf wurde gearbeitet. Hier fühlte sich der Patient sehr angesprochen, der Atem wurde ruhiger, gelassener und insgesamt lebendiger. Der gesamte Leib konnte sich tiefer in die Unterlage einsinken lassen, im Körper zog spürbar Ruhe ein. Allmählich traten die Panikattacken völlig in den Hintergrund. Zum Muskelaufbau wurde Hr. S. angeleitet, leichte Kraftübungen durchzuführen, ohne Überanstrengung.

Therapieausblick: Abschließend kann ich zusammenfassend berichten, dass Herr S. sich gut auf die Atemtherapie einlassen konnte, sehr spürfähig war und in hohem Maße davon profitierte. Seine Stimmung wurde insgesamt heller und freudiger. Er sagte oft mit etwas Reue in der Stimme, wenn er das alles hätte empfinden können, als er noch gesund war, dann hätte er bestimmt ein tolles Leben gehabt.

Die Anbindung an den Atem gelang im Verlauf so gut, dass er dies in sein alltägliches Leben beim Anziehen, Treppensteigen, Aufstehen, Bücken und Heben kräfteschonend einsetzen kann, auch das Gehen mit sinnvollen Pausen. Die Arbeit mit den Füßen hilft ihm, freier und tiefer zu atmen, wodurch sich das Gefühl im Kopf „besoffen zu sein“ und der Schwindel reduzierten.

Oft empfing er mich zur Therapiestunde mit den Worten, „heute geht es mir so schlecht, sie können wieder heimgehen“. Mein Angebot auszuprobieren nahm er immer an, die Atembehandlung brachte ihn wieder zu seinem Atem und in seine Kraft, es ging ihm sichtlich besser. Es linderte ein wenig die Schmerzen und die Übelkeit.

Fazit

In der Behandlung mit palliativen Menschen habe ich lernen müssen, dass keine Behandlung im üblichen Sinne erfolgen kann. Anfänglich erlebte ich trotz starker Zurücknahme von lösenden und anregenden Angeboten, dass ich viel zu intensiv gearbeitet hatte. Direkt nach der Behandlung ging es dem Patienten sehr gut, er war gelöst und kraftvoll, jedoch tags darauf wurde mir von einem Schwächeeinbruch berichtet. Daraus habe ich gelernt, dass es viel Einfühlung und Fingerspitzengefühl für den palliativen Patienten braucht.

Ebenso habe ich verstanden, auf mich zu achten, mir selbst mehr Zeit zu lassen, mich einzufühlen. Mir erscheint es wichtig, mich in der Begegnung vom Patienten führen zu lassen, um zu erkennen, was an Angeboten in der Atembehandlung in der jeweiligen Situation machbar ist.

Die gemeinsamen Behandlungen sehen manchmal so aus, dass ich am Bett sitze, im Atem die Hand halte, schweige oder im Halten der Hand zuhöre. Eine Patientin, die der Meditationspraxis mächtig war, hatte den Wunsch, mit mir gemeinsam zu meditieren. Anfänglich dachte ich, dies sei keine Behandlung, und das erzeugte Druck. Im Laufe der Zeit veränderte sich dies mit meinem zunehmenden Verstehen und Wissen um die Besonderheit der palliativen Situation.

Ich habe die erstaunliche Erfahrung gemacht, dass sich die Sterbenden in einer ausgeprägten Empfänglichkeit befinden und dadurch einen guten Zugang zur Atemtherapie finden können. Betrachte ich den Sterbenden, so begegnet mir ein starkes Zurückgeworfensein auf das Existenzielle, dass der Atem oft das Einzige ist, was ihm am Ende des Lebens bleibt.

Ein sterbender Mensch hat in sich nicht nur kranke Anteile, sondern in ihm ist immer auch ein gesunder Anteil vorhanden. Die Atemtherapie, wie sie Ilse Middendorf verstand und an ihre Schüler weitergab, beruht darauf, dass sich die Arbeit am Atem an das Gesunde im Menschen wendet. Dies ist es, was den Patienten trägt. Schwerstkranke und Sterbende können erleben, dass es neben Schmerz und Leiden auch Wohlgefühl, Leichtigkeit und Freude gibt. Sie erfahren sich dadurch nicht nur als schwach, überfordert und verunsichert und durch die Atembehandlung angenehm berührt.

: LITERATUR

- Dietrich, S. (2014). *Atemrhythmus und Psychotherapie*. Bad Homburg: VAS-Verlag für Akademische Schriften
- Glaser, V. (2020). *Kei Raku*. München: Kiener
- Middendorf, I. (1984). *Der Erfahrbare Atem – eine Atemlehre*. Paderborn: Junfermann
- Middendorf, I. (1998). *Der erfahrbare Atem in seiner Substanz*. Paderborn: Junfermann
- Middendorf, I. (2007). *Atem – Stimme der Seele. Eine Studie über den Erfahrbaren Atem*. Berlin: Conratt
- Schmitt, J.L. (1986). *Atemheilkunst*. München: Atemhaus Herta Richter
- Richter, H. (2006). *Vom Wesen des Atems. Herta Richter im Gespräch mit Dieter Mittelsten Scheid*. Wiesbaden: Reichert
- Richter, H. (o.D.). *Über den Einfluss von Dr. J.L. Schmitt auf ihre Atemarbeit*. Ein Interview auf DVD. München: Atemhaus Herta Richter
- von Waldthausen, B., Lohmann, M. & Ehrlich, C. (2013). *Atemweisen – Wurzeln und Gestalt der Atemlehre von Cornelis Veening*. Wiesbaden: Reichert

Weitere Informationen zur Atemtherapie siehe „Marktplatz“ auf Seite 34.



Sabine Hoherz schloss 1997 ihre Ausbildung zur Atemtherapeutin (auf der Grundlage von „der erfahrbare Atem“ nach Prof. Ilse Middendorf) ab und 2002 zur Logopädin in Freiburg. Die eigene

Erfahrung in Atem-, Körper- und Stimmarbeit (Vokalatemraum und Angewandte Stimmphysiologie nach G. Rohmert) legt den Schwerpunkt in ihrer Pädagogik auf eine einfühlsame und achtsame Begleitung in Einzel- und Gruppenarbeit. Des Weiteren gibt sie Vorträge und Workshops zu Themen wie palliativer Atemtherapie, Lungenkrebs, Asthma, Hyperventilation und bietet Fortbildungsreihen in 5 Modulen für TherapeutInnen/LogopädinInnen im Bereich Atemtherapie und palliativer Atemtherapie an.

DOI 10.2443/skv-s-2021-53020210202

KONTAKT

Sabine Hoherz

Praxis für Atemtherapie, Stimme und Logopädie
Prinz-Eugen-Straße 20
79102 Freiburg (Wiehre)
info@sabine-hoherz.de
www.sabine-hoherz.de