

## 03/1984 Vortrag: Atemtraining bei Roemheld-Syndrom

Psychologische Arbeitstagung des „Arbeitskreises Klinische Psychologen in Kureinrichtungen der Sektion Klinische Psychologie BDP“ und des „Psychologischen Arbeitskreises Autogenes Training und Progressive Relaxation“  
Bad Wildungen

Das Roemheldsyndrom oder Roemheld-Symptomenkomplex wird auch gastro-kardialer Symptomenkomplex genannt. Diese Bezeichnung deutet schon an, worum es hier geht: die zusammenfassende, funktionale Beschreibung von Zuständen im Magen-Darm und im Herzen.

Im Pschyrembel findet man folgende, kurze Notiz:

"Verschiebung des Herzens nach oben rechts infolge Zwerchfellhochstand (meist links) durch geblähten Magen oder geblähte Därme" ... Symptome: Herzbeschwerden, Extrasystolen, Magenschmerzen, Übelkeit und sogar stenokardische Anfälle."

Aus meiner Erfahrung läßt sich dieser allgemeine Begriff „Herzbeschwerden“ noch aufschlüsseln in:

Tachykardie, Bradykardie, Herzstiche und andere Herzschmerzen bis hin zu vermeintlichen Herzinfarkten mit Todesangst.

Wir haben hier also, wenn man nur die erlebten Herzbeschwerden betrachtet: Extrasystolen, Tachykardie, Bradykardie, Angina Pectoris, Herzstiche und andere Herzschmerzen, alles Symptome, die, bei Ausschluß einer organischen Erkrankung, als "funktionelle Herzbeschwerden" bezeichnet werden, oder, statt funktionell alle anderen vorkommenden Bezeichnungen wie: nervöse Herzbeschwerden, psychosomatische, psychovegetative usw.

Wir haben hier also EIN Modell für funktionelle Herzbeschwerden

Wie oft kommt das RS vor?

Ich bin ca. 1978 durch Zufall auf diese Beschreibung gestoßen und habe mich seitdem damit beschäftigt. Ich habe keine genauen Studien über die Verbreitung gemacht, kann also darüber nur meinen subjektiven Eindruck darlegen: demnach ist bei weit über 90% der Patienten, die zu mir zum Einzelgespräch mit Herzbeschwerden gekommen sind, dieses Roemheldsyndrom (RS) in mehr oder weniger starker Ausprägung vorhanden gewesen. Viele von diesen Patienten kamen nicht **wegen** Herzbeschwerden zu mir, sondern wegen Magen-Darm-Beschwerden. Ihre Herzbeschwerden haben viele schon gar nicht mehr angegeben, weil sie die Erfahrung gemacht haben, damit nicht ernst genommen zu werden. In Diskussionen mit Kollegen und Ärzten der Uniklinik Bonn, die mit mir in einem VT-Arbeitskreis sind, habe ich den Eindruck gewonnen, daß von den dort liegenden Patienten mit funktionellen Herzbeschwerden mindestens die Hälfte, wenn nicht wesentlich mehr, ein RS haben.

Es ist - und davon bin ich fest überzeugt - wesentlich weiter verbreitet als allgemein bekannt und angenommen.

Ich möchte dieses Modell noch näher erläutern, u.a. auch, um daraus abzuleiten, warum und wie ein spezielles Atemtraining wirkt.

Es gibt im wesentlichen drei Bestimmungstücke des Modells:

1. überfüllter Magen oder Darm,
2. Zwerchfellhochstand,
3. Druck auf bzw. Verschiebung des Herzens.

Bei funktionaler Betrachtung dieser drei Bestimmungstücke muß man zumindest fragen:

1. womit überfüllter Magen?
2. wie kann eigentlich das Zwerchfell, das ja kein Fell, sondern ein Muskel ist, und zwar ein ständig sich auf und nieder bewogender Muskel ist, wie kann dieses Zwerchfell hochstehen? Was läuft das falsch? was stimmt da nicht?

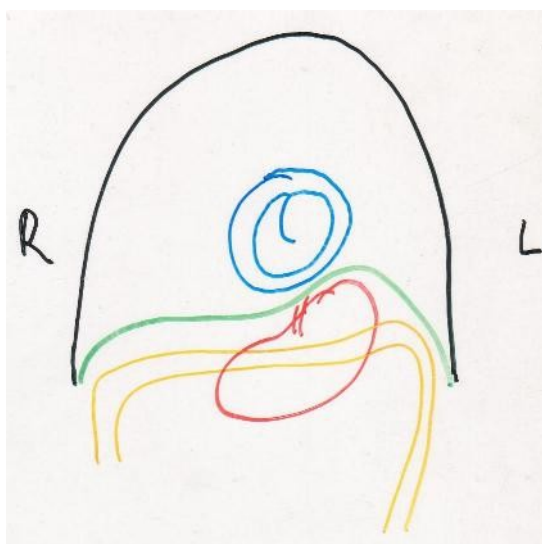
Der Punkt 3 ist einfach die Reaktion auf 1 und 2: wenn man Druck aufs Herz ausübt, ganz gleich von wo und wie, reagiert das Herz irgendwie: mit Schmerzen u/o Stiche u/o Extrasystolen u/o Rasen o Schleichen u/o Engegefühl uä.

**zu 1:** Also womit überfüllter Magen?

Entweder mit Speisen beim Überfressen oder - wesentlich häufiger - mit Luft, Luft, die man mit den Speisen oder der Spucke herunterschluckt. Hier denken manche vielleicht sofort an Luftschlucker, Aerophagen, oder in der symbolischen Bezeichnung auch "arme Schlucker" genannt. Damit haben sie z.T. recht ABER nicht nur, es geht hier nicht nur um Luftschlucker, weil jeder seinen Magen mit extrem zu viel Luft füllen kann, wenn er nicht oder nicht ausreichend mit dem Zwerchfell atmet.

**zu 2:** Dies ist dann auch schon die Antwort auf die 2. Frage: ich meine, der Begriff "Zwerchfellhochstand" ist -wenn nicht falsch - so doch irreführend: ein hochstehendes Zwerchfell steht hoch und **bewegt sich nicht**: dieser Mensch atmet nicht mit dem Zwerchfell sondern mit der Hilfsatmung: Brustkorbdehnung oder Brustkorbhochziehen. Man sollte also statt "Zwerchfellhochstand" von "Zwerchfellstillstand" sprechen. Ein ungenutztes, untrainiertes, hochliegendes Zwerchfell läßt sich dann leicht von einem überfüllten Magen nach oben ans Herz ranschieben.

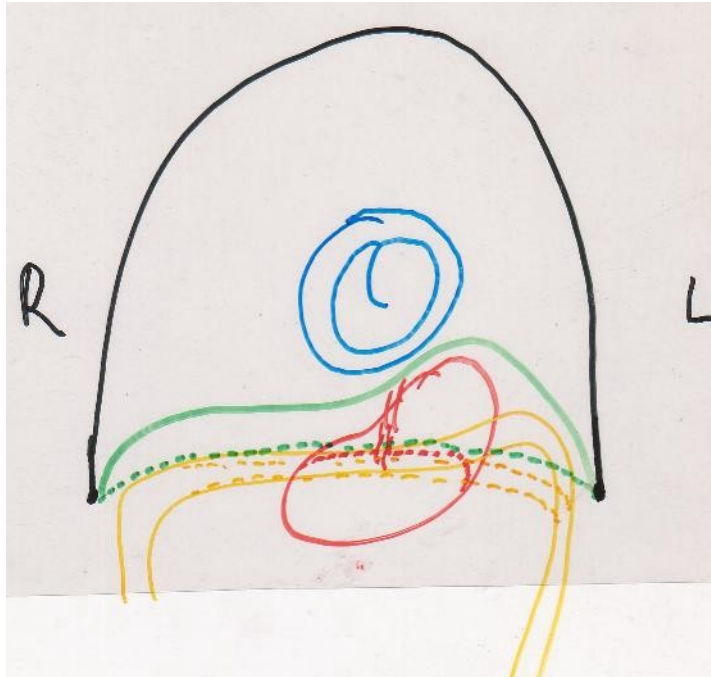
Vereinfacht kann man das bildlich so darstellen:



Dieses ist ein Querschnitt eines Menschen von vorne gesehen: Brustkorb schwarz, Zwerchfell grün, Magen rot, Herzbeutel und Herz blau, Dickdarm gelb.

Der Sollzustand ist nun folgender: jeder Mensch schluckt laufend mit der Spucke und beim Essen und Trinken eine gewisse Menge Luft mit runter, die einen mehr, die anderen weniger. Im Magen sammelt sich nach einer Weile die Luft im oberen Teil an - oberhalb des Mageneinganges. Wenn

man nun mit dem Zwerchfell- atmet, wird bei jedem Atemzug alles, was unter dem Zwerchfell liegt, nach unten gedrückt und zumTeil verformt:



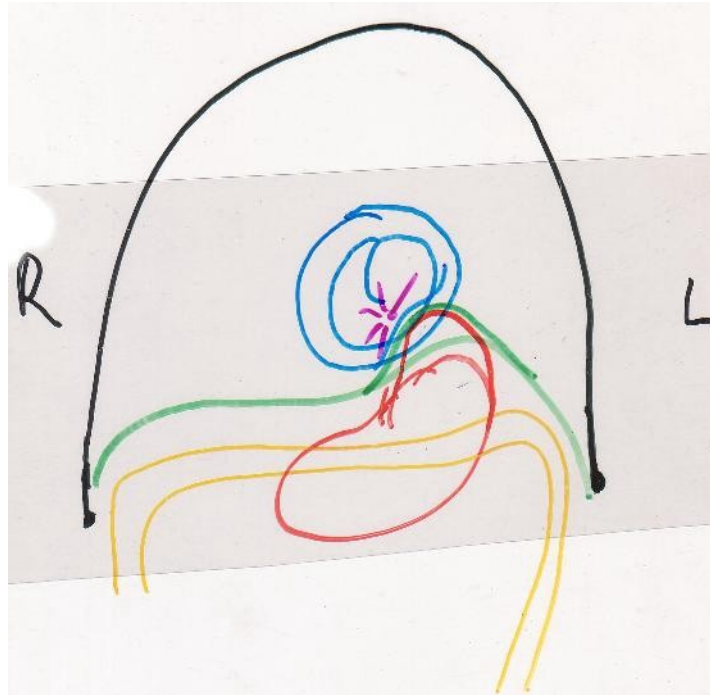
die obere Magenblase z.B. wird nach unten gedrückt und dabei werden auch die kleinen und kleinsten Luftbläschen wieder aus dem Magen rausgedrückt. Das passiert meist unbewußt, ohne es zu merken, weil diese normal-minimale Form des Luftausstoßes noch lange nicht als Rülpsen oder Aufstoßen bezeichnet werden kann.

Wenn nun jemand nicht, oder nicht ausreichend mit dem Zwerchfell atmet, wird diese Luft auch nicht in diesen kleinen Partikeln herausgedrückt, sondern sie fängt dann an, sich anzusammeln und - da sie sich ja oberhalb des Mageneinganges ansammelt - fängt der Magen langsam an, sich nach oben auszubeulen. Das Zwerchfell - weil inaktiv - wird auch nach oben gebeult - das Zwerchfell berührt den Herzbeutel

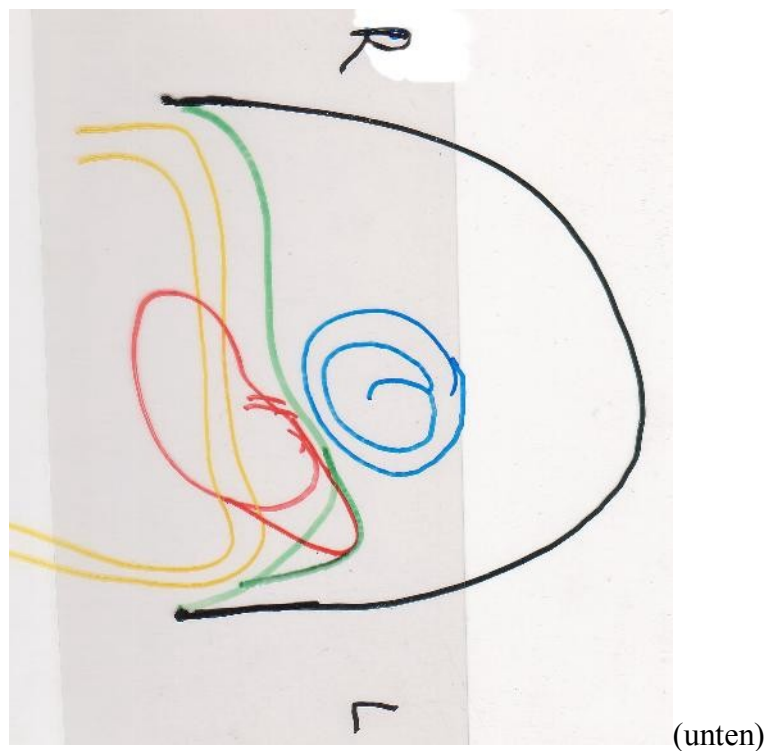


es sammelt sich noch mehr Luft an, das Zwerchfell wird noch höher gedrückt, es drückt auf den Herzbeutel, das bewirkt i.R. schon Herzsensationen.

Wenn das ganze noch weiter geht, kommt es zu massiven Herzbeschwerden.



Eine in der Regel. kurzfristig sehr wirksame Hilfe ist es, sich auf die linke Seite zu legen,



dann flappt der Magen meist nach unten, der Druck aufs Herz unterbleibt und die Beschwerden hören schlagartig auf. Sobald er sich wieder aufrichtet, fangen die Beschwerden wieder an.

Ich habe mich jetzt bei der Darstellung auf die Variante: "Luft im Magen" beschränkt, ähnliches gilt entsprechend für die Variante "überfüllter Darm" und "durch Überfressen gefüllter Magen" - nach meiner Erfahrung kommen diese wesentlich seltener vor. Ich bleibe deshalb bei der weiteren Darstellung bei der Variante "zuviel Luft im Magen".

Kurz noch einige Aspekte zur Diagnostik:

1. entscheidend ist, wie jemand atmet: mit dem Zwerchfell oder überwiegend mit dem Brustkorb. Wenn jemand vor mir sitzt und so atmet, daß sich sichtbar der Brustkorb vorwölbt - oder noch schlimmer im Liegen z.B. beim ET so atmet, dann ist beim Atmen das Zwerchfell ziemlich inaktiv.
2. Frage- "Können sie rülpsen und **TUN SIE ES AUCH?** Die Personen mit RS tun es meistens nicht.
3. Häufig, nicht immer, haben Personen mit RS Verdauungsprobleme in Richtung "eher Verstopfung".
4. Wichtig ist auch noch die Frage: "Was tun sie selbst, wenn sie Beschwerden haben?" Viele legen sich nach links, manche haben per Zufall gefunden, daß nach einem Rülpsen die Beschwerden schlagartig weg sind; nicht wenige berichten von explosionsartigen Rülpsern!

Soviel zu diesem Modell von nicht oder nicht ausschließlich organisch bedingten Herzbeschwerden.

Therapeutische Konsequenzen gibt es mehrere. Die mit der langfristig besten Erfolgsaussicht ergibt sich zwingend aus dem Modell

### „Wiedererlernen der Zwerchfellatmung“

Dieses Ziel kann in 2 Unterziele aufgeteilt werden:

- a) durch Wiedererlangung der unbewußten, dauerhaften Zwerchfellatmung  
Verminderung der Anfallshäufigkeit und
- b) Erwerb einer Bewältigungsstrategie unmittelbar im Anfall.

Es scheint mir sehr wichtig zu sein, auf einen Umstand hinzuweisen, der - leider in diesem wie in anderen Zusammenhängen - schnell zu Mißerfolgen führen kann:

Die meisten Menschen **können** mit dem Zwerchfell atmen entweder nach Aufforderung sofort oder nach Übung sehr schnell, sie können es also, **tun es aber nicht!** Und mit tun meine ich: unbewußt, automatisch, immer oder so gut wie immer mit dem Zwerchfell atmen.

### Kurz zum kognitiven Aspekt des Trainings:

Nach der Anamnese der Beschwerden, so wie sie bei den einzelnen vorhanden sind - und es ist wichtig, nach einigen Aspekten zu fragen und nicht zu warten, bis es von alleine kommt - erläutere ich ihm wiederholt das auf ihn zugeschnittene Modell. Nachdem die Kl. es verstanden haben und sich selber damit identifizieren können, d.h. ein plausibles Erklärungsmodell für bislang unerklärbares übernommen haben, herrscht bei etwa 80 % Erleichterung. Die anderen 20% werden sauer, meist stinksauer: "Was, so einfach soll das sein? Warum hat man mir das nicht schon vor 10 Jahren gesagt? usw usw.": Verbitterung über die lange Patientenkarriere. Bei einem Teil dieser Patienten gelang es mir, durch weitere Gespräche dies aufzufangen und aufzuarbeiten, WENN sie weiter zu Gesprächen bereit sind. Ein kleiner Teil bleibt dann einfach weg. Ich vermute, daß bei diesen der sekundäre Krankheitsgewinn so groß ist, daß sie letztlich nicht daran interessiert sind, ihre Beschwerden los zu werden.

Bei allen anderen setze ich dann mit dem Atemtraining ein.

## Atemtraining

Die diesem Atemtraining zugrundeliegenden Erkenntnisse habe ich gewonnen aus:

- unsystematische Beobachtungen an mir selbst und vielen anderen Menschen,
- sowie daraus abgeleitete, systematische Messungen an Kollegen beim Atmen.

Die entscheidende Untersuchungsfrage lautete:

Wie kann man Zwerchfellatmung von Nichtzwerchfellatmung unterscheiden durch von außen sicht- und meßbare Variablen (VT)?

Die zur Beantwortung dieser Frage durchgeführte Untersuchung hatte folgendes Design:

bei 15 Vpn habe ich an 5 Stellen des Körpers die Umfangsdifferenz gemessen zwischen Einatmen und Ausatmen und zwar bei 4 Bedingungen:

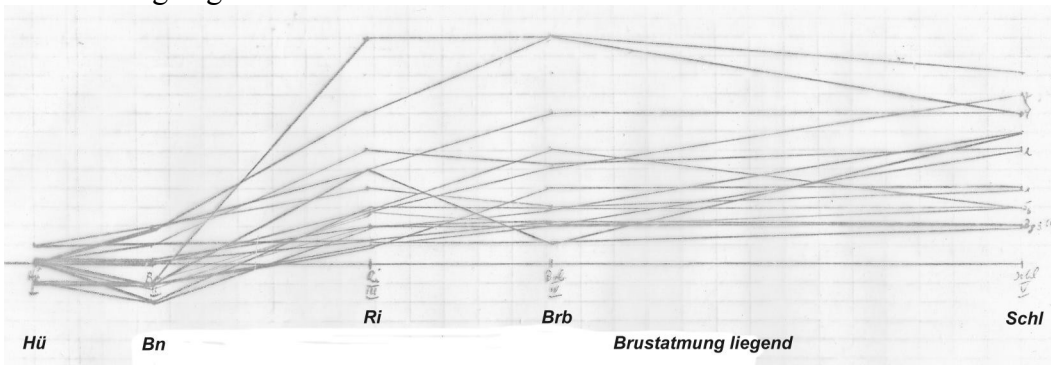
jeweils stehend und liegend,  
jeweils mit der Anweisung, Brustatmung bzw. Bauchatmung zu machen.

Die 5 Meßstellen waren von oben nach unten:

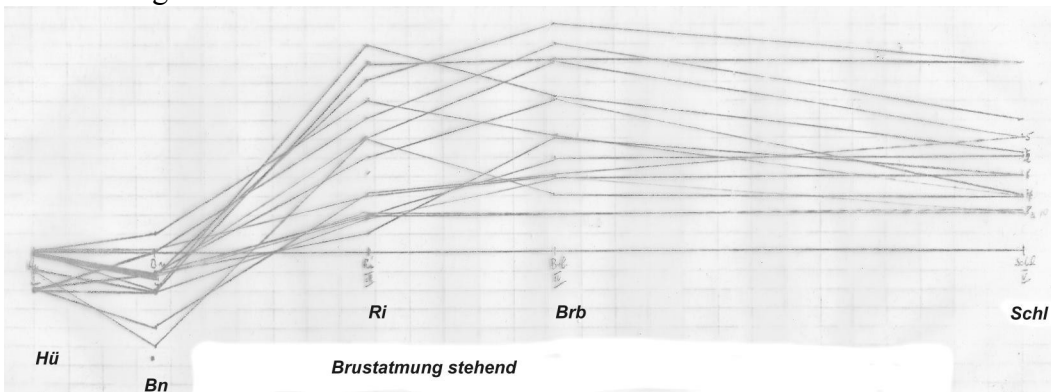
Schlüsselbein,	Schl
Brustbein,	Brb
unterer Rippenbogen,	Ri
Bauchnabel	Bn
Hüftknochen am Beckenkamm	Hü

Ich zeige ihnen auf den folgenden Seiten die vier daraus zusammengestellten Graphiken, um ihnen einen allgemeinen Eindruck zu vermitteln, was da so passiert bei den verschiedenen Atembedingungen.

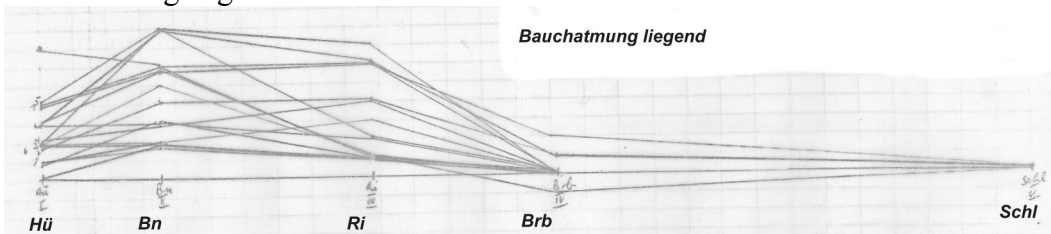
Brustatmung liegend:



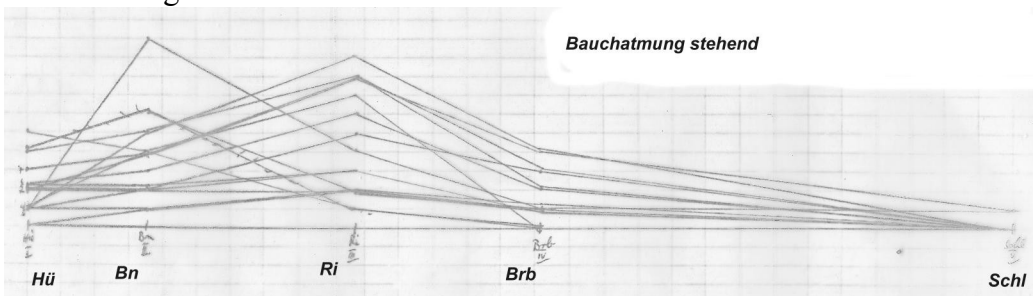
Brustatmung stehend:



Bauchatmung liegend:

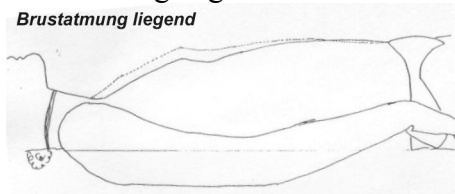


Bauchatmung stehend:



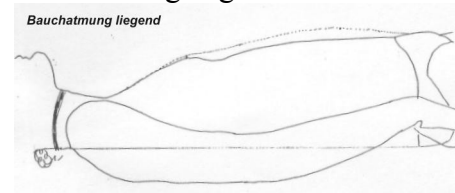
Ich habe eine Vp herausgegriffen und von der Seite fotografiert, bei den vier Bedingungen, jeweils bei vollständiger Einatmung und Ausatmung und diese zwei Fotos jeweils übereinander projiziert.

#### Brustatmung liegend:



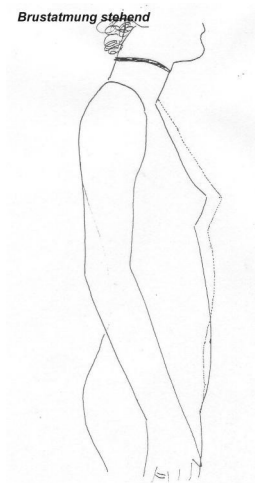
Diese Vp war untrainiert, d.h. sie hatte mein Atemtraining noch nicht absolviert. Der Fotoapparat (OM 2) stand auf einem Stativ rechtwinklig neben ihr. Ich bat sie, jeweils möglichst nur mit dem Brustkorb oder dem Bauch einzusatmen, den Atem anzuhalten, dann machte ich ein Foto und dann sollte sie wieder tief ausatmen, dann machte ich das zweite Foto.

#### Bauchatmung liegend:



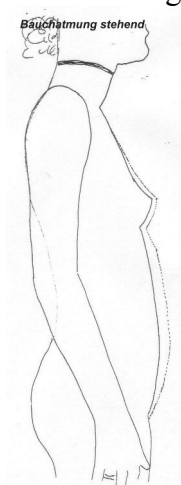
Diese Sequenz wurde bei allen Vpn mehrere Male wiederholt. Nach der Entwicklung der Negative habe ich die zusammengehörenden Bildpaare übereinander projiziert und die Umrisse nachgezeichnet.

#### Brustatmung stehend:



Bei der Bedingung „Brustatmung stehend“ ist sehr schön die „paradoxe Atmung“ zu erkennen, d. h. der Bauch fällt beim Einatmen ein wenig nach hinten zurück gegenüber der entspannten Ausatemungsposition. Ich habe bei allen Vpn den Eindruck gewonnen, dass paradoxe Atmung kein bewußtes, gewolltes und aktives Einziehen des Bauches ist, sondern dass dies eine Reaktion der Druckveränderung im Brust-/Bauchraum ist.

#### Bauchatmung stehend:



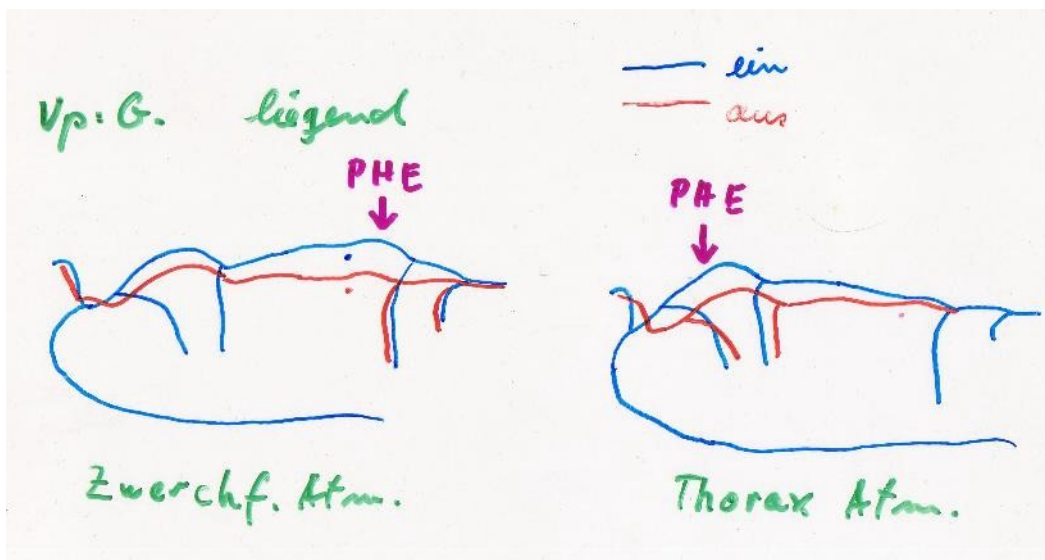
Hier ist sehr schön zu erkennen, wie tief, d.h. wie weit nach unten Atembewegungen gehen.



Im Laufe der Messungen ist mir aufgefallen, daß es bei jeder Vp und jeder Bedingung einen "Punkt der höchsten Erhebung" oder "Punkt des höchsten Umfangzuwachses" gibt. Diesen nenne ich „PHE“. Dieser "PHE" liegt im Durchschnitt bei der Bedingung

Brustatmung - liegend:	zwischen Brustbein und Schlüsselbein,
Brustatmung - stehend:	zwischen Brustbein und Rippenbogen
Bauchatmung – liegend:	an/unter dem Bauchnabel
Bauchatmung – stehend:	am Rippenbogen.

Auch dies sei an einer Vp demonstriert:



Auch diese Graphik ist nach oben beschriebener Methode erstellt worden: von der Seite je zwei Fotos beim Ein- und beim Ausatmen, anschließ-

end jeweils übereinander projiziert und die Konturen abgezeichnet. Man sieht hier jeweils auf der linken Seite die Schulter und das Kinn, in der Mitte den Bauchnabel, links BH und rechts Slip. Der PHE, d.h. "Punkt der höchsten Erhebung" oder "Punkt des höchsten Umfangzuwachses" liegt hier bei der Bedingung Bauch- oder Zwerchfellatmung etwa drei Finger breit unterhalb des Bauchnabels, bei der Brust- oder Thoraxatmung etwa zwei Finger breit oberhalb der Brustwarze. Diese Position des PHE unterschied sich bei allen Vpn nur geringfügig.

#### Zusammenfassung des bisher Dargestellten:

1. Zuviel Luft im Magen bewirkt unangenehme Herzsensationen in der gesamten Bandbreite von Extrasystolen bis zum vermeintlichen Herzinfarkt (Roemheldsyndrom);
2. zuviel Luft im Magen kann nur entstehen, wenn die Zwerchfellatmung nahezu unterbleibt;
3. Wiedereinsetzen der Zwerchfellatmung unterbindet alle Symptome des Roemheldsyndroms;
4. Atmung ist ein meist automatisch ablaufendes Verhalten, das bewußt gesteuert werden kann;
5. Zwerchfellatmung ist von außen erkennbar: der Bauch wölbt sich nach vorne;
6. die Interozeption der Atmung ist nicht selbstverständlich.

## **Daraus habe ich ein einfaches Atemtraining entwickelt:**

### **I. Durch ein einfaches Biofeedbacksetting wird die Atmung wahrnehmbar und diskriminierbar.**

1. **der Patient liegt** – der PHE imponiert im Liegen deutlicher als im Stehen;
2. **der Patient entblößt seinen Bauch** – Kleidung jeglicher Art (von Jeans bis hin zu korsettartigen Gebilden) verhindert bzw. stört die Interozeption der Atmung;
3. ich lege eine **Hand auf den Bauch** des Patienten unter den Bauchnabel und der Patient legt seine dominante Hand daneben;
4. ich lege einen kleinen, bunten **Gegenstand auf den Brustkorb** des Patienten knapp oberhalb der Brustwarzen (da bleibt er auch bei Frauen liegen), z.B. ein kleines Reclambuch;
5. ich platziere einen **Spiegel** so über den Patienten, daß er darin sowohl den Gegenstand auf dem Brustkorb sehen kann, als auch seine Hand;
6. **ich** schaue auf seinen Brustkorb und spüre mit der Hand auch minimalste Zwerchfellaktivität; diese Atemtätigkeit **melde** ich dem Patienten kontinuierlich **zurück**:

Dadurch ist ein doppeltes Biofeedbacksetting hergestellt: durch seine eigene visuelle Rückkoppelung und durch meine permanente verbale Rückmeldung synchronisiert er langsam seine Interozeption.

7. Nach einer Weile gebe ich ihm die **Anweisung, nur noch mit dem Zwerchfell zu atmen**:

Dieser erste Trainingsschritt erfordert Geduld und nochmal Geduld! Dieses Ziel wird meistens plötzlich erreicht.

### **II. Stabilisierung der Zwerchfellatmung:**

8. Das Biofeedbacksetting wird für das häusliche Training vereinfacht:  
  
der Gegenstand wird durch die nichtdominante Hand ersetzt, Spiegel und meine Rückmeldung entfallen; dies wird kurz eingeübt;
9. der Patient wird aufgefordert, diese Übung mindestens fünfmal am Tag für jeweils mindestens fünf Minuten zu trainieren;
10. nach einer positiven Kontrolle wird das Training weiter vereinfacht: nur noch dominante Hand auf bekleideten Bauch und ausgeweitet auf andere Körperlagen: im Stehen, im Sitzen, im Gehen und zuletzt im Laufen; auch dies soll mehrmals täglich geübt werden.

**Das Ende dieses Atemtrainings ist erreicht, wenn die ausschließliche Zwerchfellatmung unbewußt in jeder Situation abläuft. Dadurch sind die zwei o.g. Ziele erreicht:**

- a) **Verminderung der Anfallshäufigkeit und**
- b) **Erwerb einer Bewältigungsstrategie unmittelbar im Anfall.**