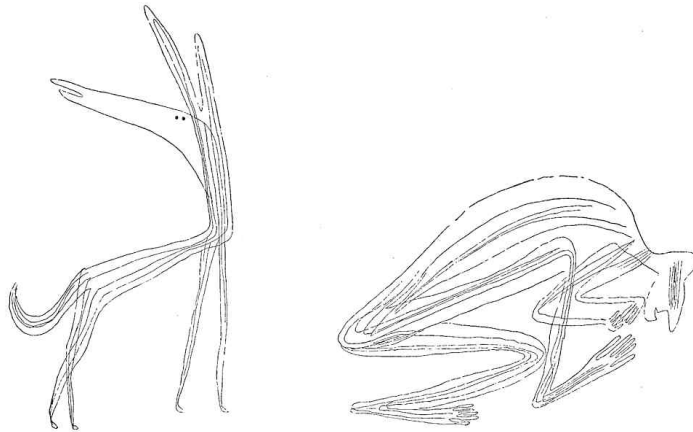


Neuromuskuläre Traumatherapie

von Kurt & Reiner Mosetter

**Das Lockende und das Schreckende ist lockend und schreckend nur für ein Wesen,
das sich richten, sich nähern und entfernen, kurz das sich bewegen kann.**

(Erwin Straus)



Als Trauma wird ein schreckliches Geschehen bezeichnet, das durch seine Intensität, Plötzlichkeit und Bedrohlichkeit die Handlungsmöglichkeiten des betroffenen Menschen absolut überfordert. Dies hat dauerhafte Folgen. (1)

Sowohl Unfälle und Schicksalsschläge als auch dauerhafte Gewalt können zu einer therapiepflichtigen posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) führen. Je nach Ausprägung kann diese über mehrere Jahre anhalten.

Im Verlauf eines psycho-traumatischen Prozesses können typischerweise Symptome wie Depressionen, Ängste, Schlaf- und Konzentrationsstörungen, Rückenschmerzen, Schwindel, Tinnitus, Bandscheibenvorfälle oder Fibromyalgie auftreten. Auch Nervosität, Reizbarkeit und ein Überreagieren bei Stress zeigen sich häufig. Grundlegende psychosomatische Beschwerden sowie Veränderungen der Persönlichkeit können die Folge sein.

Es ist für den Hausarzt oft schwierig, Patienten mit PTBS richtig einzuschätzen, da diese häufig nicht von den typischen Trauma-Symptomen berichten. Oft treten die *damit einhergehenden Beschwerden* in den Vordergrund.

Schwere seelische Belastungen und traumatische Erlebnisse werden als neuromuskuläre Erinnerungsspur in unser Körperschema eingebettet. Während sich ihr Aktivationsmuster unserem bewussten Zugang entzieht, kann uns die körperliche Dynamik buchstäblich „auf Schritt und Tritt“ verfolgen. Sie schwelt gleichsam im seelisch körperlichen Untergrund und ist doch nicht sprachlich zugänglich.

In der Myoreflextherapie werden die körperlichen Stressbereiche und Spannungspunkte mittels gezielter manueller Druckpunktbehandlung angesprochen. Schonhaltungen, Verspannungen und Fixierungen werden so auf einer nicht-sprachlichen, körperlichen Ebene reflektiert und damit der Psychotherapie zugänglich gemacht.

Die Mechanismen der Kompensation werden mittels myoreflextherapeutischer Druckpunktstimulation *übersteuert*. Schonhaltungen und Fixierungen werden so *reflektiert* und *bewußt* gemacht.

Ist die Erinnerung an die traumatische Situation verloren oder fragmentiert, so repräsentiert die implizite Erinnerung die traumatische Erfahrung auf der Ebene des Körper-Gedächtnisses.

Der sensorische und der motorische Flügel des Traumaschemas sind voneinander dissoziiert, was der Definition von Trauma als "unterbrochener Handlung" entspricht. Die Trauma-Komplementär-Therapie führt beide Flügel wieder zusammen.

Die Trauma-Komplementär-Therapie führt beide Flügel wieder zusammen. Beim Patienten können Erinnerungen an das traumatische Ereignis frei werden (im sensorischen Flügel), sobald eine Lösung der Traumadynamik auf der motorischen Ebene gefunden wurde. (2)

Nun kann die therapeutische Arbeit an der psychischen Seite des Traumas unter verbesserten Bedingungen wieder aufgenommen werden.

„In der Myoreflextherapie werden die "Kontrolloperationen" des Patienten therapeutisch *dekonstruiert*: *Neue Schemata werden konstruiert und alte Schemata rekonstruiert, indem die Spannungspunkte der neuromuskulären Erinnerungsbilder mittels myoreflextherapeutischer Druckpunktstimulation übersteuert* werden. Schonhaltungen und Fixierungen werden so *reflektiert* und *regulierbar* gemacht.

Es wird eine neue und höhere Reflexions- und Regulationsstufe *konstruiert*, die alternative Handlungs- und Bewegungsmöglichkeiten für die Zukunft zur Verfügung stellt. Von diesem Plateau aus kann eine *Zurückwendung (Rekonstruktion)* in die Vergangenheit geleistet werden. Einer gelingenden dialektischen Regulation ist so der Schutz vor Retraumatisierung immanent.“ (3)

Myoreflextherapie-Studie 2005:

Im Rahmen einer klinischen Einzelfalldokumentationen (Alexianer Krankenhaus Krefeld) wurde der Verlauf der Wirkungen der Myoreflextherapie nach jeder stattgefundenen Behandlung als numerischer Wert festgehalten. Der Wert 10 bezeichnet große Beschwerden und stärkste Schmerzen und der Wert 0 keine Beschwerden und keine Schmerzen mehr.

„Für die Skalen *körperliche Beschwerden*, *Grundstimmung*, *Leidensdruck*, *Problembewältigung* und des *Verlaufswertes Myo* wurden gleichfalls die Effektstärken berechnet: Hier liegen die Effektstärken alle deutlich im großen Bereich. Für die körperlichen Beschwerden ergibt sich ein Wert von 1.75, die Grundstimmung liegt bei 1.0, der Leidensdruck bei 0.85, das Problembewältigungsverhalten bei 1.6 und der Verlaufswert der **Stärke der körperlichen Beschwerden (Myo) vor und nach der Behandlung mit der Myoreflextherapie bei 3.65.**“ (4)

Anm.: Die Größe der Effektstärken wird gemäß der Konvention nach Cohen (1988) festgelegt. Das heißt: Large (großer Effekt) = $d \geq 0.8$ / Medium (mittlerer Effekt) = $d \geq 0.5$ / Small (kleiner Effekt) = $d \geq 0.2$. [Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral science* (rev. ed.). Academic Press: New York.]

Myoreflextherapie-Studie 2009:

„Die Myoreflextherapie stellt eine neurophysiologisch begründete Weiterentwicklung von Techniken der Akupressur und der konzentrativen Bewegungstherapie dar. Analog zum dialektischen Wirkprinzip der verbalen Interventionslinie der MPTT nutzt die Myoreflextherapie neuronale Regelkreise, um durch zusätzliche Spannung auf definierte Muskelgruppen, Selbstregulationen anzustoßen und Schmerzreduktion zu bewirken.

Die Wirksamkeit dieser multimodalen Intervention wurde über ein Prä-Post-Design an 30 Patienten, die sich aufgrund einer PTBS in stationärer Behandlung befanden, evaluiert.

Es konnte gezeigt werden, dass es aufgrund der Intervention **zu einer Entlastung bezüglich der Schmerzsymptomatik** sowie der PTBS-assoziierten und allgemeinspsychopathologischen Symptomatik kommt. Nach ca. sechswöchiger Therapie ergaben sich in allen Symptomskalen **Effektstärken für die Behandlung, die gemäß den Cohenschen Konventionen als groß zu beurteilen sind.**“ (5)

Unser Körper-Selbst

Trauma wird in der Myoreflextherapie als „unterbrochene Handlung“ betrachtet, als „Kampf- oder Fluchthandlung“ angesichts einer existentiellen Bedrohung. Weder Kampf noch Flucht helfen aber weiter. So stellt sich die Frage: Was tun wir, wenn wir nichts mehr tun können? Das traumatisch gezeichnete Erleben wirkt jetzt intrasomatisch und anatomisch fort. Leib und Seele zeigen sich hier als unmittelbare Erlebniseinheit.

Tragendes Organ unserer Handlungen ist das Muskelsystem. Durch den Körper stellen wir uns in die Welt; Mimik und Gestik verbinden uns mit unserer sozialen Umwelt.

Als unser Anteil an der Umwelt stellt der Leib einen besonderen Bezirk der Umwelt dar - und er ist zugleich der ursprüngliche *Ort unseres Selbst*. Aus umweltbezogenem Handeln gehen das *Körper-Selbst* und die Entwicklung des *Körperbewusstseins* hervor. Die Oberflächen- und die Tiefensensibilität oder allgemein die Propriozeption (von lat. *das Eigene wahrnehmen*) sind Basis dafür, dass sich der Körper und damit der Mensch „in den sensorischen Antworten auf motorische Impulse 'zu eigen nimmt'“. (6) Unser Körper ist die Grundlage unseres Selbstbewusstseins. Unser Ich ist ein *Körper-Ich*. Unser eigener Körper ist wesentlich „subjektive Anatomie“ (ebd.).

Gelingen diese subjektiven Körperprozesse und „Passungen“ nicht und werden Handlungen traumatisch unterbrochen, so wird die „Mitte unseres Verhaltens“ verzerrt; unser Leib als „Ort unseres Selbst“ wird zu einem „unsicheren Ort“. Die Verzerrung und Behinderung des Reafferenzsystems mündet in Fixierungen und symptomatischen Sackgassen wie Bewegungsstörungen und Schmerzzuständen.

Dieser Umstand begründet die Herangehensweise der Myoreflextherapie als Trauma-Komplementärtherapie. Die Propriozeption und die "Rückmeldung der motorischen Impulse unseres Körpers ist eine wichtige Voraussetzung für eine gelingende und effiziente Therapie. Die „subjektive Anatomie“ des Psychotraumas kann therapeutisch aufgegriffen und berührt werden.

Hin zur Selbstregulation

Basis der Myoreflextherapie ist die funktionelle Anatomie mit klinischer Handlungsrelevanz. Das Träger- und Ausdruckssystem in diesem Konzept ist das System der Muskulatur. Jeder Muskel lässt sich mit einem Kraftvektor vergleichen; das Zusammenspiel mehrerer Muskeln und Kräftelinien gestaltet unsere reibungslose Bewegungsgeometrie. (7, 8)

Muskelinduzierte Symmetriestörungen sowie chronische und traumatische Fehl- und Überbelastungen können zu einer Vielfalt von Symptomen führen. Sie führen zu Schmerzzuständen, vegetativen Dysregulationen und Unruhezuständen. Insbesondere seelische Verletzungen und Traumata im Sinne unterbrochener, eingefrorener Handlungen beantwortet die Muskulatur mit Verspannung (fight/ flight) und Erstarrung (freeze).

In der Myoreflextherapie werden in erster Linie Muskelansätze in funktionellen Zusammenhängen und kinetischen Ketten behandelt. An diesen Stellen werden Berührungsreize verstärkt wahrgenommen; wobei bereits eine leichte Druckerhöhung zu einer Schmerzempfindung mit Ausstrahlungen an entfernte Stellen führen kann. Nach genauer Palpation und Druckpunktstimulation derartiger Punkte lösen sich die tastbaren Veränderungen nach einer gewissen Zeit (Sekunden bis wenige Minuten) auf. Der Tonus der entsprechenden Muskeln sinkt über entsprechende Feedbackmechanismen deutlich ab.

Dadurch, dass über die neuromuskulären Schaltkreise nicht nur peripher am Muskel oder Gelenk gearbeitet wird, sondern zentrale Programme angesprochen werden, können wir in einem weiten Sinne auch von einer Neu- und Reorganisation zentraler Verschaltungen sprechen.

Speziell in der Region der oberen HWS und der Kiefer- und Kaumuskulatur findet sich eine sehr hohe Rezeptordichte, wodurch sich diese Wahrnehmungs- und Ausdrucksregion als besonders vulnerabel zeigt. Körper eigene Regulationen führen insbesondere in diesen Feldern zu einer tiefgreifenden Entstressung und Entspannung über die gesamte Wirbelsäule mit sympatikolytischen Effekten.

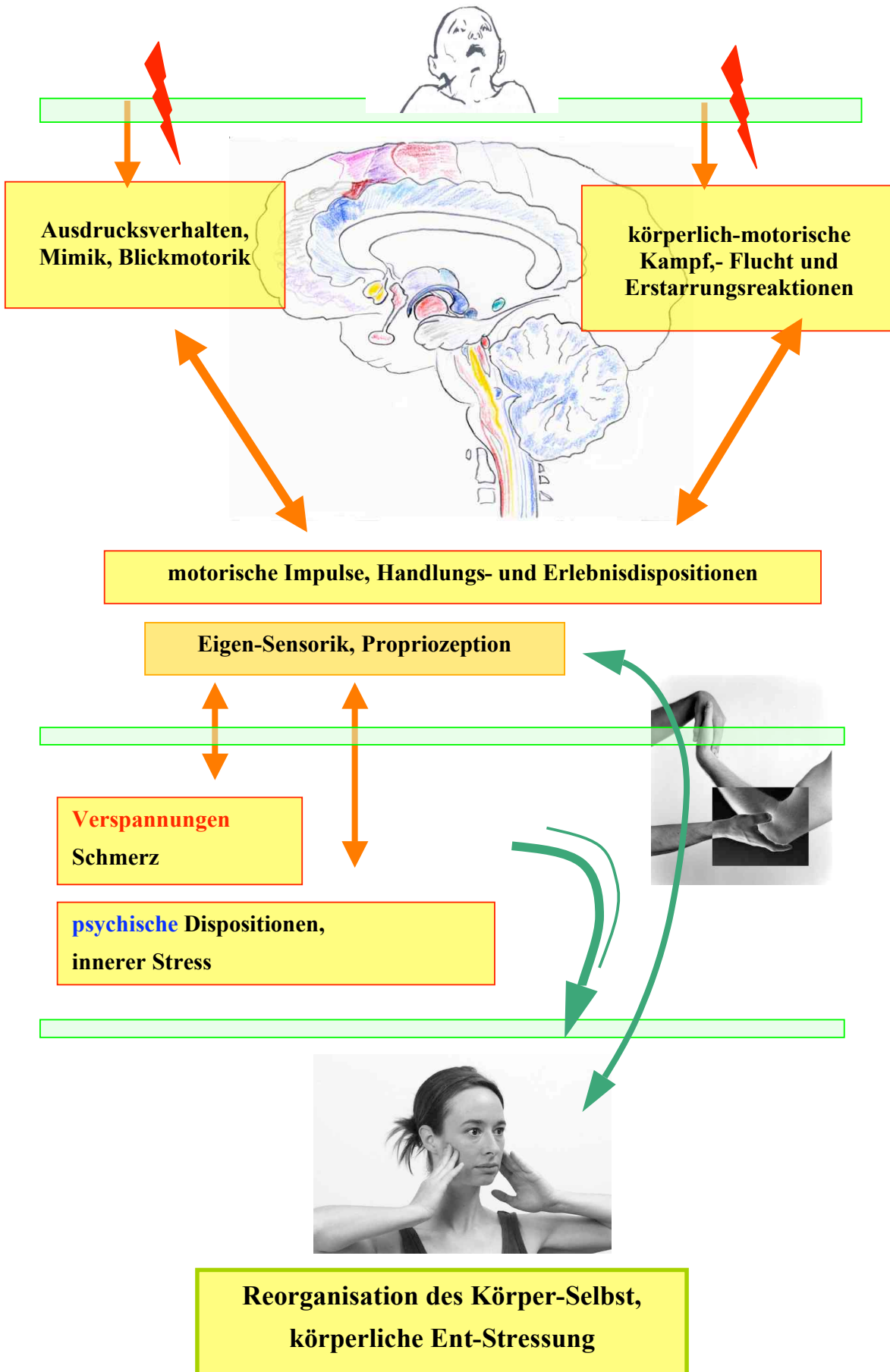
Vgl. (3, 7, 8, 10-24)



Grundzüge der therapeutischen Arbeit

1. Bei der Myoreflextherapie geht es um die unmittelbare Lösung der zu hohen körpereigenen Grundspannung und damit um eine Veränderung und Entlastung der neuromuskulären und psychischen Grundregulation hin zur "Aufrichtung". Eine effektvolle, schnell wirksame Schmerztherapie auch bei Chronifizierung ohne klassisches Nebenwirkungsspektrum.
2. Der behandelnde Finger dient dem Patienten als Spür- bzw. Wahrnehmungshilfe, um sein Körper-Ich zu spüren und sein Körperschema zu regulieren. Umstellungsreize führen den Organismus wieder zu einer störungsfreien Selbstregulation.
3. Behandelt wird manuell bei in der Regel schwachem Palpationsdruck ohne Manipulationen. Die genaue individuelle Lokalisation, Dosierung, Stärke und Zeiteinheit der Stimulation sind dabei von entscheidender Bedeutung.
4. In einem nonverbalen Dialog ist die Senso-Motorik das Zielsystem der Myoreflextherapie. Die therapeutische Hand kann hier taktile Spiegel des betroffenen Organismus werden. Der Referenzpunkt Körper kann so neu wahrnehmen und wahrgenommen werden. Mit der motorsensorischen Reafferenz können Sackgassen und Einbahnstraßen im Organismus, im Erleben des Organismus sowie in verschiedenen Hirnregionen und deren Zusammenspiel neu stabilisiert werden.
5. Die Begegnung zwischen Therapeut und Patient ist auf einer meta-kommunikativen Ebene zu suchen. Wenn der Patient erfährt, dass der Therapeut ihn als Gegenüber wahrnimmt und mit ihm kommuniziert (jenseits eines primär technischen, operativen Eingreifens und Reparierens von Störungen), dann kann diese gegenseitige Aufmerksamkeit und Anerkennung zu einer ergiebigen regulativen Größe der weiteren therapeutischen Veränderungen werden.
6. Mit Hilfe der *myoreflex*therapeutischen Spür- und Wahrnehmungshilfe kann der Patient die neuromuskuläre Seite des Traumas Stück für Stück bearbeiten. In einem konstruktiv-rekonstruktiven Zirkel wird ein Typus von Wissen erarbeitet, der helfen kann, traumatische Belastungen nachhaltig zu bewältigen. Die therapeutische Dialogebene ist dabei die leibliche.
7. Die therapeutischen Regulationen führen zu einer neuen Stabilität im körperlichen Selbsterleben. Der eigene Leib, unser körperliches Referenzsystem verändert sich so von einem „unsicheren Ort“ zu einem „sicheren Ort“.
8. Speziell im Bereich der HWS und der Kaumuskulatur gehen im myoreflex therapeutischen Regelkreis vom Patienten selbst beantwortete Reizmuster unmittelbar mit sympathikolytischen (entstressende) Regulationen einher.
9. Die Wiedergewinnung der Bewegungsfunktionen garantiert Entlastung von Gelenken, Wirbelsäule, Organstrukturen.



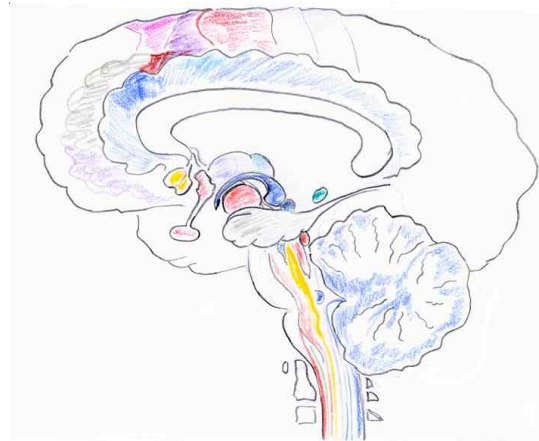


Umstellungen im Gehirn

Die sensomotorischen Hinweisreize, die in der passiven Wiederholung den Kampf- und Fluchtimpulsen bzw. dem Totstellverhalten entsprechen und vitale Bedrohung signalisieren, sind dabei zugleich ein Produkt dieses Eigenlebens. Der Traumastate wird so erstens neuronal, zweitens körperlich/ neuromuskulär und drittens (diesem Stressmuster entsprechend) neurochemisch/ neuroendokrinologisch unterhalten.

Insbesondere in den **Basalganglien** wird über die Auswahl emotional gesteuerter Handlungsmuster „entschieden“. Um innere Bedrohung zu vermeiden, greift der Organismus auf die Notfallstrategien „körperliche Daueranspannung“ bzw. „vollständiger Spannungsverlust“ zurück.

Im Sinne eines „**switching**“ können minimale körperliche Einzelhinweisreize und Dispositionen zur Akzentuierung und Aktivierung der gesamten traumatischen Handlungsmatrix und der entsprechenden Bedeutungszuteilung und -Verwertung ausreichen.



Die Gehirnstrukturen, die für **Bewegung** zuständig sind, sind nicht nur an direkter Bewegung (Bewegungsplanung, -Ausführung, -Kontrolle) und der Erstellung von Bewegungsprogrammen beteiligt, sondern auch an **emotionalen und kognitiven** Verarbeitungsschritten, am Aufmerksamkeitsverhalten und an der Entwicklung von zukunftsorientierten Handlungsstrategien.

Da die Basalganglien nicht in den Kortex zurückprojizieren, bleiben die Schritte der Verhaltensaushwahl, einmal initiiert, **späterhin unbewusst**. (9) Aufgrund dieses Sachverhalts sind diese Gehirnstrukturen entscheidend für die Motorik von traumatischen Erfahrungen und traumatischen Prozessen.

Die „Neurone der Basalganglien sind plastisch, so dass einmal assoziierte Verbindungen (z.B. ein Hinweisreiz aus dem Kortex für Flucht und eine bestimmte Körperposition) rasch bei der Darbietung auch nur eines Elementes der Reizsituation ausgelöst werden.“ (ebd.)

Fixierte Körperpositionen und Aktivitätsmuster von Flucht-, Kampf- oder Erstarrungsverhalten triggern über die Schaltkreise das ganze Traumaszenario und legen gleichzeitig den Schalter („switching“) in eine weitere Pathogenese.

Die körperlichen Symptome sind in der traumatischen Reaktion und im traumatischen Prozess somit nicht nur als Begleit-Phänomene zu verstehen. Leiblichkeit und Bewegung spiegeln sich nicht nur im subjektiven Erleben des Patienten wider, sondern auch in der neuroanatomischen Gesamtdynamik. Diese bildet den Ausgangspunkt der neuromuskulären Traumatherapie und ist Grundlage im Gesundungsprozess.

Informationen unter

ZiT - Zentrum für interdisziplinäre Therapien
Obere Laube 44, 78462 Konstanz
Tel. 07531-991274, Fax. 07531-991275
info@myoreflex.de
www.myoreflextherapie.de



Literatur

1. Fischer G, Riedesser P. 2003. *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München, Basel: Reinhardt
2. Fischer G. 2000. *KÖDOPS. Kölner Dokumentations- und Planungssystem für dialektische Psychotherapie, Psychoanalyse und Traumabehandlung*. Köln: Deutsches Institut für Psychotraumatologie, DIPT.
3. Mosetter K, Mosetter R. 2005. Dialektische Neuromuskuläre Traumatherapie. *ZPPM* 2: 31-45
4. Kilk D. 2005. *Myoreflextherapie als Trauma Komplementär Therapie. Merkmale, Verlauf, Ergebnis und Wirkungsprofil*. Köln: Dissertation. Philosophische Fakultät der Universität zu Köln
5. Muth K, Bering R. 2009. Trauma und Schmerz: Evaluation der Myoreflextherapie im Kontext der Mehrdimensionalen Psychodynamischen Traumatherapie. *ZPPM* 3: 25-35
6. von Uexküll T, Fuchs M, Müller-Braunschweig H, Johnen R. 1997. *Subjektive Anatomie. Theorie und Praxis körperbezogener Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer
7. Mosetter K, Mosetter R. 2006. *Myoreflextherapie. Muskelfunktion und Schmerz (1. Aufl. 2001)*. Konstanz: Vesalius
8. Mosetter K, Mosetter R. 2010. *Myoreflextherapie - Band 2. Regulation für Körper, Erleben und Gehirn*. Konstanz: Vesalius
9. Birbaumer N, Schmidt R. 2005. *Biologische Psychologie*. Berlin: Springer
10. Fischer G. 2003. *Neue Wege aus dem Trauma. Erste Hilfe für schwere seelische Belastungen*. Düsseldorf: Patmos
11. Fischer G. 2007. *Kausale Psychotherapie. Manual zur ätiologieorientierten Behandlung psychotraumatischer und neurotischer Störungen*. Kröning: Asanger
12. Mosetter K, Mosetter R. 2005. *Die neue ADHS-Therapie. Den Körper entstressen. Ein Übungsbuch*. Düsseldorf: Patmos
13. Mosetter K, Mosetter R. 2008. *Schmerzen heilen mit der KiD-Methode. Der achtsame Umgang mit dem eigenen Körper*. Düsseldorf: Patmos
14. Fasser W, Mosetter K, Mosetter R. 2011. *Hören im Gleichgewicht. Neue Horizonte bei Tinnitus und Beeinträchtigungen des Ohrs. Mit Hör-CD, Naturton-Aufnahmen von W. Tilgner*. Konstanz: Vesalius
15. Mosetter K, Pape D, Cavellius A. 2012 [in preparation]. *Die vier Kräfte der Selbstheilung*. München: Gräfe/Unzer
16. Mosetter K, Mosetter R. 2006. Der Körper in seiner Umwelt – eine dialektische Einheit. *ZPPM* 3: 59-71
17. Mosetter K. 2006. Klinische Anatomie der Halswirbelsäule – Myoreflextherapie. In *Sicherheit im Sport. Ein Leben mit Sport – aber sicher. (Beiträge zum 4. Dreiländerkongress zur Sportunfallprävention)*, ed. T Henke, D Schulz, P Platen, pp. 287-96. Köln: Sportverlag Strauß
18. Mosetter K. 2004. Dynamik des Muskelsystems im Hinblick auf Unfallverhütung im Sport. In *Sport. Mit Sicherheit mehr Spass. (3. Dreiländerkongress: Schweiz, Deutschland, Österreich, Magglingen, Schweiz)*, ed. O Brügger, pp. 90-93. Bern: **bfu**
19. Mosetter K. 2008. Chronischer Stress auf der Ebene der Molekularbiologie und Neurobiochemie. In *Psychodynamische Psycho- und Traumatherapie. Konzepte – Praxis- Perspektiven*, ed. G Fischer, P Schay, pp. 77-98. Wiesbaden: VS Verlag f. Sozialwissenschaften
20. Mosetter K, Mosetter R. 2008. Traumatische Belastungen: Der Körper als Bühne und szenische Macht. *ZPPM* 1: 8-24
21. Mosetter K, Mosetter R. 2008. Perspektiven der Biologie des Menschen. *ZPPM* 4: 29-42
22. Mosetter K, Mosetter R. 2009. Die Alzheimer-Erkrankung – ein mehrdimensionaler Prozess. *ZPPM* 2: 51-61
23. Mosetter K, Mosetter R. 2003. *Kraft in der Dehnung. Ein Praxisbuch bei Stress, Dauerbelastung und Trauma*. Düsseldorf: Patmos
24. Fischer G, Eichenberg C, Mosetter K, Mosetter R. 2006. *Stress im Beruf*. Heidelberg: Asanger