

Kurt Mosetter / Reiner Mosetter

**Principi di base della Myoreflex-terapia (MFT),
Terapia traumatologica neuromuscolare (TTN)**



Copyright © Vesalius - Konstanz

Regolazione neuromuscolare

Una delle possibilità di descrivere i *processi di regolazione* è rappresentata dal modello del circuito di regolazione, secondo il quale si possono suddividere anche i principi della Myoreflex-terapia.

Nel momento in cui palpa i fasci di fibre di un muscolo scheletrico, il terapeuta ha sotto le dita sia l'elemento funzionale *sensore* sia l'elemento *attuatore*. Osservando il muscolo *isolatamente* si può dire che, grazie alla stimolazione pressoria puntuale della Myoreflex-terapia, i *recettori* vengono indotti a rilevare un *valore effettivo chiaramente eccessivo* – e a trasmetterlo all'*organo regolante*. Sulla base della *discrepanza* fra valore effettivo e *valore prescritto*, viene calcolata una *grandezza di correzione* e l'*attuatore* effettua la *correzione* corrispondente. In questo processo elementare la *catena di regolazione* è costituita dal fascio di fibre *stimolato*.

Se ci si chiede quale sia l'effettiva catena di regolazione, risulta chiaro che essa non può venir circoscritta ad un *unico* muscolo. Al processo di regolazione partecipano intere catene muscolari e *sistemi sinergici*, unitamente alla loro interazione con i rispettivi antagonisti. In modo altrettanto ampio e differenziato vanno intesi tutti i rimanenti elementi funzionali della regolazione. Il substrato al quale si applica la regolazione consiste nella interazione complessa di innumerevoli strutture ossee, tissutali e muscolari – altrettanto complesso e *intercollegato* risulta dunque l'*equilibrio complessivo dei valori prescritti* ed il procedimento terapeutico della regolazione.

Rilassamenti spontanei sia degli agonisti (cioè dei muscoli stimolati) che degli antagonisti possono venir spiegati in certo modo tramite meccanismi di riflesso spinale. La tesi proposta è la seguente: *la stimolazione pressoria puntuale equivale ad attività muscolare e movimento simulati*. Partendo da questa attività vengono mobilitati, grazie ai sensori, gli elementi di base del movimento, vale a dire i collegamenti dei neuroni del midollo spinale.

Ciascuno stimolo *periferico* viene inoltre inviato a centri *di ordine superiore*. Le regioni ed i sistemi neurali che partecipano a programmazione, esecuzione e controllo dello schema di attivazione della motricità locomotoria, costituiscono il *quadro generale interno* a partire dal quale vengono *valutati* i singoli valori – e rispetto al quale essi vengono se necessario *corretti*. Il singolo *valore prescritto* è così integrato in una *rete complessiva* di più vasta

portata. – Il circuito di regolazione va (afferenza) e viene (efferenza) rispetto a questo complesso.

Biomeccanica e *anatomia funzionale* da un lato, e *rappresentazione e coordinamento neurali interni* del sistema muscolare dall'altro sono le due facce della stessa medaglia. Da questo punto di vista, la Myoreflex-terapia agisce in modo doppiamente *sistematico*. In ogni singolo *punto* pressorio la terapeuta di Myoreflex-terapia tocca sempre *l'intero* sistema locomotore.

"Impariamo tramite il movimento, e ci muoviamo così bene come ci è stato insegnato"¹ – e come *impariamo*. Posture errate o *di protezione* costanti non portano solo a modifiche delle *strutture muscolari*, ma anche (nel senso di un *processo di apprendimento*) a modifiche strutturali del *sistema nervoso*. Dato che il sistema muscolare anche in tali casi viene sottoposto ad una correzione, non solo transitoria o a medio termine, ma *durevole* e a lungo termine, è lecito supporre che anche l'immagine interna del corpo venga ristrutturata, e che abbia luogo una corrispondente modifica delle *grandezze di riferimento*. *Impariamo tramite movimento simulato* – in modo che anche l'anatomia esterna possa *ristrutturarsi*.²

A differenza dell'arco riflesso, che è aperto, un processo di regolazione è circolare. Il cosiddetto *feedback negativo* compensa così l'influenza della grandezza divergente.

Se la correzione non riesce e il circuito di regolazione non funziona, si assiste ad un *feedback positivo*. Molti eventi dolorosi possono venir descritti tramite questo schema di base: è evidente che molte sintomatologie e quadri dolorosi hanno le loro origini in un disturbo o, per meglio dire, in uno *squilibrio della geometria cinetica*. In questo caso il dolore è il risultato dell'*analisi effettuata dal sistema nervoso centrale* dei segnali afferenti, e va considerato perciò come un *rapporto complessivo*.³ In questo caso le afferenze essenziali provengono dai sensori di posizione, movimento e forza – le caratteristiche della sensibilità profonda. Il dolore risulta così un segnale di allarme *protettivo diretto al sistema*.

Non solo di fronte a *traumi, lesioni e sollecitazioni eccessive e scorrette*, ma anche in stati di *stimolo riflesso* provenienti dagli organi interni e dalla pelle, la muscolatura reagisce con uno stato di *ipertonìa*.⁴ Superata una determinata soglia, questo stato viene percepito come *dolore* che, nella sua qualità di *segnale di allarme*, vuole spingere il soggetto a proteggere e riguardare la parte interessata.

Usata per risolvere il problema, però, la strategia della protezione può tramutarsi poco a poco in un *problema a parte intera*: ciò significa che ipertonìa e contrattura (ad esempio *contrattura flessoria*) e la strategia di soluzione (ad esempio *posizione flessa* dell'articolazione ed estensione *limitata* per evitare il dolore) si rinforzano reciprocamente. Come reazione al *feedback*

¹ Michael Illert. Motorische Systeme. In: R.F. Schmidt (a cura di). Neuro- und Sinnesphysiologie. Berlino, Heidelberg 1998.

² Manca ancora un'osservazione sia del substrato neurofisiologico di una simile riorganizzazione che del movimento simulato, nonché la corrispondente differenziazione di quanto detto.

³ E. Oeser / F. Seitelberger. Gehirn, Bewußtsein und Erkenntnis. Darmstadt 1995.

⁴ O. Bergsmann / R. Bergsmann. Chronische Belastungen: Unspezifische Basis klinischer Symptome. Vienna 1998.

fornito dall'organismo, le regioni percepite come doloranti vengono protette e *mantenute separate*. Il segnale doloroso viene aggirato. La discrepanza dei valori effettivi della catena di regolazione non viene più corretta, bensì integrata in un adeguato *compromesso* che permetta di evitarla.

Dal punto di vista biocibernetico questo svolgimento corrisponde ad una *deviazione dalla regola*, che tuttavia non viene corretta, bensì sfocia in un *feedback positivo*. Il circuito di regolazione diventa un circolo vizioso, nel quale la discrepanza del valore effettivo va di pari passo con la corrispondente modifica del rilevatore del valore prescritto, che induce al comportamento di protezione.

Nel quadro della Myoreflex-terapia viene ora intrapresa una via *diversa*, vale a dire la *strategia opposta*, che induce un'*inversione di tendenza* e un'*alterazione* terapeutica: qui non è il quadro clinico o il dolore (cioè il sintomo) ad essere centro dell'interesse e del procedimento diagnostico, bensì la postura di difesa (cioè il comportamento della paziente). Vengono simulati movimenti che finora erano stati evitati, provocando segnali con valori effettivi al di fuori del range consentito dal compromesso in vigore. È così possibile rimettere in funzione il meccanismo del feedback negativo e delle relative correzioni.

Le dita palpanti del terapeuta costituiscono per il paziente un *aiuto alla percezione e alla correzione* e presentano (o riflettono) all'organismo uno stato fisico neuromuscolare. Tramite il *sovraccarico* indotto dalla Myoreflex-terapia è possibile

1. indurre le necessarie regolazioni nel luogo dei sintomi principali attuali (al momento del trattamento)
2. *risalire* passo per passo alle *traslazioni e sovrapposizioni* neuromuscolari che si sono sviluppate e radicate *nel corso del tempo*, seguendo *percorsi biomeccanici ben precisi*. Da questo punto di vista le reazioni della paziente ai punti dolorosi e le corrispondenti diramazioni comunicate alla terapeuta durante il trattamento rappresentano per la terapeuta indizi e "freccie" che riportano al quadro sintomatico doloroso iniziale. Un problema mantenuto finora separato (per così dire *rimosso*, eliminato tramite protezione) viene riportato *come tale* alla consapevolezza dell'individuo colpito, ridiventando così percepibile, discernibile, dolorosamente attuale e infine (in un *quadro terapeutico*) nuovamente regolabile.

↻ Percorso del <i>comportamento protettivo</i>	
<p>Regione dolorosa D 1 nel momento <i>M 1</i></p> <p>↓ Protezione, spostamento</p> <p><i>M 2: D 2, D 1</i> non duole più</p> <p>↓ Protezione, spostamento</p> <p><i>M 3: D 3, D 2</i> non duole più</p> <p>↓ Protezione, spostamento</p> <p><i>M 4: D 4, D 3</i> non duole più</p>	<p>Regione dolorosa D 1 ricomincia a dolere e viene trattata (<i>T 4</i>)</p> <p>↑ Scoperta, spostamento</p> <p>D 2 ricomincia a dolere → trattamento di <i>D 2 / T 3</i></p> <p>↑ Scoperta, spostamento</p> <p>S 3 ricomincia a dolere → trattamento di <i>S 3 / T 2</i></p> <p>↑ Scoperta, spostamento</p> <p>Regione dolorosa D 4 nel momento <i>M 4</i> (= momento <i>T 1</i> nel quale inizia la terapia su <i>D 4</i>)</p>
Percorso della riscoperta terapeutica e della <i>non protezione</i> ↻	

Regolazioni e azioni

In espressioni come "*il muscolo si accorcia e solleva un carico*" oppure "*i sensori rilevano un valore effettivo*" non va trascurato il fatto che tali processi organici mirano in fin dei conti a *far muovere un soggetto*. Deve essere possibile un approccio che non si concentri sull'osservazione fisiologica ma che invece permetta di interpretare gli oggetti della fisiologia come tappe e mezzi di *azioni*. Con l'espressione *funzione* dell'apparato locomotore si intende perciò un'adeguatezza ad un fine che di per sé non gli è proprio. Al contrario, è il soggetto a prestare la funzione all'apparato – che da noi viene poi corrispondentemente interpretato.⁵

Il sistema muscolare è *l'organo effettore fondamentale delle nostre azioni*. Volontà ed aspirazioni vengono determinate dalla muscolatura e si fondono con essa. È lei che permette all'individuo di collocarsi nel mondo – di accedervi e di confrontarsi con esso. Vanno qui ricordate anche la mimica e la gestualità (oggetto di studio della pantomimica): il background filogenetico della postura corporea (p.e. come espressione di comportamento aggressivo o di fuga), l'intreccio di rapporti interpersonali e sociali (p. e. dominanza o sottomissione) e il significato specifico del movimento per ciascuna cultura sono tutti aspetti fondamentali della pantomimica.

Il sistema muscolare funziona all'interno dell'individuo e in suo favore – e dunque assume funzioni e contenuti che non sono intrinseci del solo corpo – ma che sono rappresentati senz'altro nella *persona* dell'uomo, vale a dire in un'entità di ordine superiore. Nella sua caratteristica di contributo dato dall'individuo all'ambiente, la persona rappresenta una sfera speciale dell'ambiente – e costituisce allo stesso tempo la *sede originale del nostro io*. I contenuti delle nostre azioni e della nostra mimica vengono prodotti e custoditi dalla muscolatura e dalle strutture neurali che la comandano e da lì – come dimostrato nella prassi – possono venir richiamati e riportati alla memoria. Tramite la stimolazione pressoria puntuale è possibile innescare e riportare alla coscienza nei pazienti ricordi e impressioni sensoriali impliciti che erano risultati inaccessibili per periodi anche molto lunghi. I punti di stimolazione della muscolatura fungono perciò da *punti dolorosi emotivi* – azioni "dimenticate" e esperienze situative vengono riattivate per associazione e così richiamate alla memoria.

Un esempio di correlazione tipica: colpo di frusta nella regione del collo e delle spalle subito in un grave incidente ⇔ le emozioni che risultano da questa esperienza.

Le funzioni ed i contenuti che permeano il sistema muscolare però, da questo punto di vista non sono nemmeno il risultato di una trasformazione o traslazione dallo spirituale al corporeo. Qui si intende piuttosto un complesso procedimento pluridimensionale - prospettive diverse rivelano sfaccettature

⁵ Una breve osservazione sulla terminologia della biocibernetica: da un'accezione che si riferisce alle azioni di un soggetto "scaturisce la situazione paradossale per la quale grandezze quali" valore prescritto, rilevatore del valore prescritto, regolatore ecc. che in realtà "derivano dalla sfera di azione dell'uomo, ora vanno ritradotte per poter essere applicate all'azione umana". (Kühn e Schink 1999) Con la modellizzazione neutrale e asoggettiva dei sistemi sussiste il pericolo che elementi funzionali e necessità sistematiche subentrino al posto del soggetto dell'azione.

differenti. Spesso non è il corpo ad essere il campo interferente primario – tuttavia è dall'*organo effettore delle nostre azioni* che scaturiscono determinati disturbi o quadri sintomatici mentali o psichici, i quali vengono attualizzati tramite le esperienze del corpo (grazie allo *specchio* costituito dalla Myoreflex-terapia).⁶

Il naturale percorso di elaborazione dei traumi

Da una prospettiva che prenda l'azione dell'individuo come punto di partenza, si delinea una figura di base, simile al procedimento del feedback di regolazione. Le funzioni ed i contenuti delle azioni eseguite e sostenute dalla muscolatura – nel momento in cui sono associate a minaccia e dolore – vengono evitate proprio da questo organo effettore. Nel caso dell'esempio citato più sopra: la regione delle spalle e del collo viene protetta – i movimenti controversi vengono evitati – i contenuti minacciosi dell'esperienza situativa vengono *dimenticati*. Gli aspetti neuromuscolari del trauma non vengono elaborati – bensì rimossi ed integrati in un corrispondente *compromesso* di protezione.

Anche qui si può invocare la strategia opposta e portare al centro dell'attenzione la strategia del comportamento di protezione. Analogamente a quanto raggiunto per il dolore fisico, emergeranno ricordi dolorosi e contenuti di esperienze situative. Il trauma può così venir affrontato e superato anche su questo piano.

Con questo tipo di procedimento ci si richiama al *principio della doppia negazione*, il principio cioè della guarigione delle ferite: quando abbiamo subito un taglio ad una mano, non dobbiamo né possiamo contribuire granché alla guarigione della ferita. Dobbiamo tuttavia far sì che il *naturale processo di guarigione* non venga ostacolato o impedito da corpi estranei, impurità o dal riaprirsi della ferita. Anche la *traumatologia psicodinamica multidimensionale* secondo Fischer non rappresenta un "trattamento dei sintomi", ma segue invece un "piano di trattamento secondo la medicina naturale" e "si riallaccia strettamente al processo naturale [dell'elaborazione del trauma], stimolando le esistenti capacità di superamento e contrastando gli ostacoli posti alla naturale tendenza al compimento." (TPM)

⁶ Va citata un'altra dimensione importante del trattamento della Myoreflex-terapia: gli aspetti *psicobiologici* e *psicovegetativi*. Grazie alla stimolazione pressoria puntuale è possibile anche in questo campo influenzare e regolare importanti parametri. Questa tematica porta a dottrine riguardanti il *sistema dei meridiani* (agopuntura ecc.) e gli elementi (*MTC*). Una discussione esauriente di questi soggetti tuttavia esula dal quadro del presente lavoro.

Il parallelogramma delle forze

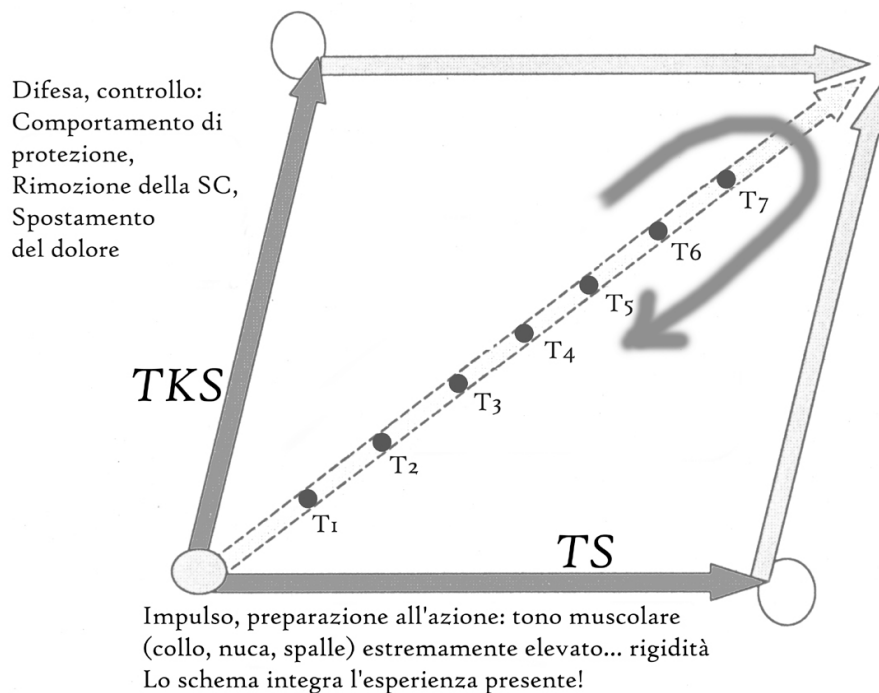
Questo concetto terapeutico può essere descritto, seguendo Gottfried Fischer, secondo il modello del divenire dialettico (MDD): nella situazione traumatica viene "attivato uno schema di percezione o di azione che [...] ancora l'esperienza traumatica nella memoria." (manuale) – Nel *processo traumatico*, che fa seguito alla reazione di emergenza, vengono così elaborate delle misure miranti a tenere sotto controllo e respingere l'esperienza traumatica. Il punto di partenza della TPM è rappresentato da questo sistema dinamico, formato dallo schema traumatico e dallo schema di compensazione del trauma. [...] Lo schema traumatico, sotto forma di schema di percezione/azione interrotto (reazione fight/flight/freeze interrotta) tende come tutti gli schemi (nel senso di Piaget) alla riproduzione, che comporterebbe una ripetizione della traumatizzazione se lo schema di compensazione non contrastasse costantemente e dinamicamente questa tendenza. Il compromesso fra questi due campi di forza della dinamica traumatica costituisce il 'campo minimo di azione o espressione controllato'. (TPM)

La dinamica di questo sistema di equilibrio può venir illustrata con l'immagine del "parallelogramma delle forze" (Fischer), in cui "la diagonale costituisce la 'risultante' delle forze che agiscono in direzioni opposte. La risultante corrisponde al sintomo psicotraumatico nel senso di "raggiungimento di un compromesso". (TPM)

Anche la teoria e la pratica della Myoreflex-terapia, nel suo significato di *terapia traumatica neuromuscolare*, possono essere illustrate con questa immagine.

Osservando lo sviluppo dei sintomi lungo il tempo (la diagonale), si nota che esso risulta subordinato all'*evolversi del comportamento di protezione* e allo *spostarsi* dei sintomi/dolori. Tuttavia il sistema muscolare rinvia ben al di là del piano *fisico* costituito dalla mera biomeccanica e anatomia funzionale: esso rappresenta infatti *soggetto, luogo e portatore* della psicodinamica del trauma. La postura di protezione si rivela nella sua qualità di *movimento di difesa* nel processo traumatico, che "va compreso come una **contromisura** inconsciamente intenzionale e indotta dalla paura" – e non "analoga ad una forza fisica o ad una grandezza regolata cibernetica". (DdV, grassetto degli autori).

Incidente automobilistico grave, colpo di frusta, sindrome cervicale (SC):



(c) Prof. Dott. G. Fischer, modificato da K. e R. Mosetter

In relazione al *campo minimo di azione o espressione controllato* queste contromisure vanno intese

innanzitutto come azioni di controllo (postura di protezione) miranti alla rimozione degli schemi di percezione ed azione neuromuscolari traumatici. I ricordi possono "venir attivati" contemporaneamente su piani diversi – ciò vale anche per "sensazioni e tensioni corporee e impulsi all'azione" (TPM). Tali tensioni neuromuscolari possono allontanarsi e *spostarsi* in altre regioni del corpo – e *provocarvi sintomi*.

in secondo luogo come forma espressiva di comunicazione non verbale (mimica, gestualità; atteggiamento di sottomissione, di protezione ecc.) e di controllo simbolico (manuale 100).

Alleanza terapeutica e differenza ottimale

Nel trattamento tramite Myoreflex-terapia dei soggetti che hanno subito uno psicotrauma si applica innanzitutto la "strategia dialettica" di "rafforzamento e differenziazione degli schemi compensatori del trauma"; vengono "ripresi in senso positivo" gli obiettivi dell'"autoterapia", della contromisura e dell'"autoprotezione". (TPM)

Il presupposto per un'*alleanza terapeutica costruttiva* consiste nell'assoluto rispetto da parte del terapeuta delle strategie di compensazione, che non vanno in nessun caso affrontate troppo presto. Nel contesto della Myoreflex-terapia ciò significa che si segue il percorso di diramazione del dolore e si trattano all'inizio i cosiddetti *punti distanti*. Il terapeuta dunque non mette il dito direttamente sulla lesione, ma lavora lontano da essa. Poco a poco, tuttavia, ripercorre *all'indietro* la strada insieme al paziente (T7 – T6 – T5-...) *avvicinandosi* sempre più fino a raggiungere il punto o la regione in cui è possibile applicare la fase di elaborazione del trauma (la fase di *decostruzione*, il ciclo di *costruzione / ricostruzione*).

Per quanto riguarda la *differenza ottimale*, gli stimoli applicati nella Myoreflex-terapia e le nuove esperienze neuromuscolari (input terapeutico) sono "sufficientemente simili" al vecchio schema traumatico, "altrimenti risultano privi di significato". Allo stesso tempo però devono essere "sufficientemente dissimili", in modo che (1.) al paziente non venga chiesto troppo e non si provochi una retraumatizzazione e (2.) il vecchio schema possa essere rielaborato e modificato. (TPM) Nel corso della terapia traumatologica neuromuscolare "si allenta"

l'equilibrio rigido della posizione iniziale nella dinamica traumatica. In tal modo è possibile ammettere in modo dosato e poco a poco rielaborare determinati aspetti dell'esperienza traumatica che sono stati memorizzati nello schema traumatico e fino a quel momento schivati. (MTP)

Decostruzione, costruzione e ricostruzione

Grazie all'assistenza percettiva e sensoriale offerta dalla Myoreflex-terapia, il paziente sarà in grado di *decentrare* pezzo per pezzo e di *riflettere* le proprie contromisure sul piano neuromuscolare. **Forme** di postura negate, che hanno acquisito un'autonomia propria, possono così diventare **oggetto** di un nuovo livello di regolazione.

Sulla traccia di un'eliminazione dialettica, le strategie risolutive e gli schemi di percezione ed azione vengono *decostruiti* passo dopo passo (T7 – T6 – T5 - ...); ciò comporta sempre due fasi:

- Il ritorno riflessivo (retroattivo), *ricostruttivo* sulle proprie contromisure e posture di difesa rappresenta un atto (che ha luogo su differenti piani di integrazione ed è di solito doloroso) di riconoscimento e presa di coscienza. "L'operazione di controllo verticale" (in particolare "nessuna coscienza della percezione e dell'azione" – vale a dire lo spaccamento della sensibilità profonda) e gli aspetti neuromuscolari della "ripetizione passiva" (manuale) vengono *ipereccitati* terapeuticamente, in modo che l'attenzione regolatoria sia di nuovo accessibile. Nella misura in cui questo

procedimento è coronato da successo, si liberano i *ricordi* legati all'evento traumatico (cf. KÖDOPS, p. 69 e segg.)

- Ciò può riuscire solo se viene **costruito** un grado superiore di riflessione e regolazione (riflessione proattiva), che (1.) permetta il ritorno al passato e (2.) renda disponibili possibilità di azione e movimento alternative per il futuro.

"In questo circolo costruttivo-ricostruttivo si ottiene un tipo di conoscenza" che, seguendo Fischer, possiamo chiamare "conoscenza modificativa" (KpuW). Il piano di dialogo terapeutico è quello neuromuscolare, corporeo – esso però non può venir separato se non artificialmente dalle dimensioni psichiche e mentali dell'individuo. Da questo punto di vista, la *Myoreflex-terapia / terapia traumatologica neuromuscolare* (TTN) si rivela essere la controparte della *psicoanalisi dialettica* e della *psicotraumatologia*.

Sul tema psicotraumatologia vedere anche: Istituto tedesco di psicotraumatologia DIPT, Colonia (www.psychotraumatologie.de).

Bibliografia

Nelle parentesi quadre [] sono riportate le abbreviazioni usate nel testo.

- Bergsmann, Otto / Bergsmann, Roswitha. Chronische Belastungen: Unspezifische Basis klinischer Symptome. Vienna 1998.
- Birbaumer, N. / Schmidt, R.F.. Biologische Psychologie. Berlino, Heidelberg, New York 1996.
- Fischer, Gottfried. Dialektik der Veränderung in Psychoanalyse und Psychotherapie. Heidelberg 1996. [DdV]
- Fischer, Gottfried / Riedesser, Peter. Lehrbuch der Psychotraumatologie. Monaco di Baviera, Basilea 1998. [Manuale]
- Fischer, Gottfried. Konflikt, Paradox und Widerspruch: Für eine dialektische Psychoanalyse. Francoforte sul Meno 1998. [KPUW]
- Fischer, Gottfried. KÖDOPS: Kölner Dokumentations- und Planungssystem für dialektische Psychotherapie, Psychoanalyse und Traumabehandlung. (Istituto tedesco di psicotraumatologia) Colonia 2000. [KÖDOPS]
- Fischer, Gottfried. Mehrdimensionale psychodynamische Traumatherapie MPTT: Manual zur Behandlung psychotraumatischer Störungen. Heidelberg 2000. [TPM]
- Illert, Michael. Motorische Systeme. In: R.F. Schmidt (a cura di). Neuro- und Sinnesphysiologie. Berlino, Heidelberg 1998.
- Kilk, D. (2005). Myoreflextherapie als Trauma Komplementär Therapie. Merkmale, Verlauf, Ergebnis und Wirkungsprofil. Dissertation. Philosophische Fakultät der Universität zu Köln. Köln.
- Kühn, Wolfgang / Schink, Peter. Der Mensch als ein handelndes Wesen: Die Universaltheorie vom Handeln und die Frage-Methode. Regensburg 1999.
- Mosetter, K. & Mosetter, R. (2001). Myoreflextherapie. Muskelfunktion und Schmerz. Konstanz: Vesalius.
- Mosetter, K. & Mosetter, R. (2003). Kraft in der Dehnung. Ein Praxisbuch bei Stress, Dauerbelastung und Trauma. Düsseldorf, Zürich: Walter.
- Mosetter, K. & Mosetter, R. (2005). Dialektische Neuromuskuläre Traumatherapie. Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin 2. 31-45.
- Oeser, Erhard / Seitelberger, Franz. Gehirn, Bewußtsein und Erkenntnis. Darmstadt 1995.
- Strian, Friedrich. Schmerz: Ursachen, Symptome, Therapien. Monaco 1996.
- Uexküll, Thure von / Wesiack, Wolfgang. Theorie der Humanmedizin: Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns. Monaco, Vienna, Baltimora 1998.
- Wirsching, Michael. Psychosomatische Medizin: Konzepte, Krankheitsbilder, Therapien. Monaco 1996.