

Möglichkeiten der Myoreflextherapie bei autistischen Störungen

Kurt Mosetter, Reiner Mosetter

Gezielt myoreflex-therapeutisch eingesetzt und induziert können körperliche Rückmeldungsvorgänge das Verhältnis autistischer Kinder zu sich selbst und zur Mitwelt grundlegend verändern und verbessern

Zusammenfassung

Im Gegensatz zu „normalen“ seelischen Verletzungen sind psycho-traumatische Verletzungen so allumfassend, dass sie das Selbst- und Weltverständnis der Betroffenen grundsätzlich erschüttern. Auch „Autismus ist nichts, was jemand hat, oder eine Schale, in die er eingesperrt ist. Hinter dem Autismus verbirgt sich kein normales Kind. Autismus ist eine Seinsart. Er ist allumfassend. Er färbt jede Erfahrung, jede Empfindung, jede Wahrnehmung, jeden Gedanken, jedes Gefühl und jede Begegnung.“ (Jim Sinclair). Das weite Spektrum der Autismus-Symptomatologien erfordert transdisziplinär angelegte Theoriekonzepte. Im Beitrag wird ein wesentliches autistisches Moment diskutiert: die misslingende Zwischenleiblichkeit, außerdem: der Link vom Darm zu autistischen Störungen sowie traumatisches Erleben der Mütter autistischer Kinder

Schlüsselwörter

Interozeption, Myoreflextherapie, Psychomotorik, Zonulin, Zwischenleiblichkeit

Ways of myoreflextherapy for autistic spectrum disorders

Summary

In contrast to “common” emotional injuries, psycho-traumatic injuries feature an all-encompassing assault that rattles the self and the world of the afflicted patient to the core. Autism, as well, is not a “disease a person is suffering from, or some imaginative shell a person is stuck in. There is no normal child hiding behind autism; autism is a state of being. It is all-encompassing. It colors every experience, every sensation, every perception, every thought, every emotion, and every encounter – in short, every aspect of existence” (Jim Sinclair). The wide spectrum of autism symptomatology requires transdisciplinary theory concepts. This article will discuss an essential autistic moment: the failing intercorporeality, and two other important aspects: the connection between the intestine and autistic disorders as well as the traumatic experiences of mothers with autistic children.

Keywords

Interoception, Myoreflex Therapy, psychomotor skills, zonulin, intercorporeality

Einleitung

Laut Definition bezeichnet Autismus eine tiefgreifende Entwicklungsstörung. Wörtlich bedeutet Autismus „in sich eingeschlossen sein.“ Die drei Leitsymptome (Trias) umfassen besondere Auffälligkeiten (1) der sozialen Interaktion (v.a. folgende Bereiche: Gestik, Mimik, Haltung, emotionale und kognitive Empathie), (2) der Kommunikation und Sprache (v.a. mechanisches, stockendes Sprechen, Wortrituale, Pronominalumkehr, schlechte Intonation, geringer Einsatz von Gestik und Mimik, kein Sinn für Ironie, Zynismus, Sprichwörter oder Abstraktionen) sowie (3) repetitive, restriktive, ritualisierte und stereotype Verhaltensmuster (v.a. wiederkehrende, ungewöhnliche Bewegungen, Jaktieren, Oberkörperschaukeln, Hand- und Fingermanierismen; Naumann & Mroczek, 2011)

Aufgrund der verschiedenen Schweregrade und individuellen Ausprägungen reicht das Spektrum der Symptombilder von Hochbegabungen (sog. „wissende Savants“) bis in den Bereich schwerster körperlicher, psychischer und geistiger Behinderungen.

Mütter, die in ihrer Kindheit Opfer von Misshandlung und Missbrauch werden, bekommen dreimal so häufig autistische Kinder wie andere

Auch die Frage, ob und inwieweit Autismus vererbt wird, ist nicht eindeutig beantwortbar. Neben genetischen gibt es sicher auch epigenetische Einflüsse. „Wie weit die Ursachen für bestimmte Schädigungen zurückliegen können, zeigt eine Studie der Harvard University in Cambridge [...]. Die Forscher werteten die Daten von 50.000 Frauen zu ihrer Lebensgeschichte, ihrer Gesundheit und der ihrer Kinder aus. Dabei zeigte sich, dass Mütter, die in ihrer Kindheit Opfer von Misshandlung und Missbrauch geworden waren, dreimal so häufig autistische Kinder bekommen hatten wie andere. Die Forscher vermuten als Ursache Veränderungen im biologischen System der misshandelten Frauen.“ (Otto 2013; Roberts u.a. 2013)

Hier wäre zu klären, welcher Art diese physiologischen Veränderungen sind. Und vor allem wäre zu klären, ob und wie eine gestörte, traumatisierte Zwischenleiblichkeit und Resonanz zwischen Mutter und Kind sodann Autismus-Störungen beim Kind bedingen. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass es im Hinblick auf unterstützende, pädagogische und therapeutische Maßnahmen nicht die „eine richtige Strategie“ geben kann, sondern dass in hohem Maße individualisierte und maßgeschneiderte Begegnungs- und Therapiekonzepte gefragt sind.

Eine Störung der Zwischenleiblichkeit

Die Leitlinien zur Diagnostik und Therapie autistischer Störungen werfen einen eher engen Blick auf autistische Störungen (Leitlinien Autismus 2007). Die Eindimensionalität dieser Leitlinien missachtet das Erleben und die Erfahrung vieler Betroffener und derer Familien ebenso wie das enorme Wissen eines großen Feldes fachübergreifender Wissenschaftler, Therapeuten und Ärzte.

Beim Autismus, wohl eine der extremsten Beziehungsstörungen, postuliert etwa die Theorie der *kognitiven Störung* eine unzureichende „Theory-of-Mind.“ Gehen wir jedoch von der Körperlichkeit und gelingenden zwischenleiblichen Beziehungen aus, so wird deutlich, dass es sich umgekehrt verhält: Kognitionstheorien beschreiben den autistischen Problem- und Ausnahmefall (Mosetter & Mosetter 2014 a).

Beim Autismus, wohl einer der extremsten Beziehungsstörungen, postuliert etwa die Theorie der *kognitiven Störung* eine unzureichende „theory of mind.“ Wir meinen aber, es verhält sich eher umgekehrt. Die „theory of mind“ beschreibt den autistischen Problem- und Ausnahmefall: den Punkt, an dem zwischenleibliche Beziehung und Resonanz beim Umgang mit der Um- und Mitwelt nicht gelingt und jede Beziehung kognitiv geleistet und eben „theoretisch“ abgeleitet werden muss. Umgekehrt zeigen sich dann manche Ärzte als „Autisten“, die nicht resonanzfähig

sind, keine Möglichkeit der Resonanz bieten und rein kognitiv diagnostizieren. Dann zwingt eine falsche Theorie, ein „autistischer“ Blick, zu einem entsprechenden „autistischen Verhalten“ und Gegenblick des Betrachteten (Mosetter & Mosetter 2014)

Eine falsche Theorie – ein „autistischer“ Blick – zwingt zu einem entsprechenden „autistischen Verhalten“ und Gegenblick des Betrachteten

In der Tradition von Husserl und Varela beschreibt Prinz (2013, 125) den Prozess der zwischenleiblichen Wechselseitigkeit von Wahrnehmen und Handeln als „verkörperte Spiegelung“: „Alles fängt mit verkörperten Mechanismen zur Unterstützung spiegelartiger Interaktionen zwischen Personen an. In den ersten Monaten ihres Lebens hängen Kleinkinder völlig von ihnen ab. Diese Mechanismen sollten daher eine entscheidende und unverzichtbare Rolle spielen, wenn es darum geht, den Grundstein für den Aufbau des Selbst und der Subjektivität zu legen.

Und: „Die Ähnlichkeit gestattet die wechselseitige Bahnung zwischen Wahrnehmen und Handeln: Eine wahrgenommene fremdproduzierte Handlung bahnt die Hervorbringung der entsprechenden selbstproduzierten Handlung, und die selbstproduzierte Handlung bahnt die Wahrnehmung der entsprechenden fremdproduzierten Handlung. Deshalb kann ein solcher Mechanismus als Spiegel verwendet werden. Der Spiegel blickt in beide Richtungen: Er produziert die eigene Handlung, die der wahrgenommenen Fremdhandlung ähnlich ist, und er nimmt die Fremdhandlung wahr, die der eigenen, selbstproduzierten ähnlich ist. (S's Produktion bzw. Z's Wahrnehmung der Spiegelung). Sobald ein Spiegelmechanismus etabliert ist, können Personen jede dieser Rollen einnehmen und sie auf Verlangen wechseln. Andere zu spiegeln und wahrzunehmen, dass man von ihnen gespiegelt wird, wird dann zu einem Teil ihrer sozialen Interaktionen im Alltag. [...] Mechanismen für verkörperte Spiegelung

operieren auf der Grundlage von implizitem prozeduralem Wissen über die Steuerung von Körpern, Handlungen und Ereignissen.“ (Prinz, 2013, 123)

Wege der Myoreflextherapie

Die Myoreflextherapie ist ein entwicklungsorientiertes Behandlungskonzept. Sie vermittelt zwischen Motorik und Sensorik, Handlung und Wahrnehmung, Verhalten und kognitiven Prozessen. Mit Piaget können wir sensomotorische Schemata als kognitive Strukturen verstehen. Sie konstituieren das Zusammenspiel und die innere Verschränkung von Handeln und Wahrnehmen, von (selbst-)effektorischer und (selbst-)rezeptorischer Sphäre (Piaget 1992a; 1992b).

Im Laufe der Entwicklung lösen sich die kognitiven Grundstrukturen vom sinnlich Konkreten ab. Die motorischen Tätigkeiten werden verinnerlicht und symbolisch repräsentiert; die kognitiven Akte schreiten mehr und mehr vom Konkreten zum Abstrakteren. Eine Handbewegung wird zu einer gezielten Greifbewegung; und diese wird schließlich zu einem sensomotorischen Teilmoment einer symbolischen Handlungseinheit. Der kognitive Kern des Schemakonzepts und das Zusammenspiel von rezeptorischer und effektorischer Sphäre bleiben dabei jedoch erhalten. Auf dieser grundlegenden, frühen inneren Verschränkung basiert das Konzept der Myoreflextherapie. Über den körperlich-sensorischen Flügel wird die kognitive Sensomotorik angesprochen. Therapeutische Veränderung und Entwicklung wird über Tiefensensibilität, Propriozeption, Bewegungssinn und den inneren Sinn von sich selbst (die Interozeption) Schritt für Schritt vermittelt.

Auf neurophysiologischer Ebene berührt die myoreflextherapeutische Arbeit insbesondere die Verschaltungen der Basalganglien (auch in sehr schwierigen, traumatisch besetzten Situationen) und macht körpereigene neuromuskuläre Regulationsvorgänge möglich. (Mosetter & Mosetter 2005; 2008)

Über die behandelnde Hand können Kinder mit autistischen Störungen sich selbst

und ihr Gegenüber wie in einem taktilen Spiegel erkennen. Stärke, Ort und die Art des Körperkontaktes dürfen jeweils die Betroffenen bestimmen. In der Regel wird die myoreflextherapeutische *Spürhilfe* von den Kindern und Jugendlichen sehr rasch nicht nur angenommen, sondern von ihnen selbst geleitet. Dabei dürfen die behandelnden Hände an den wichtigsten Punkten geführt werden; und, dort angekommen, regeln die Betroffenen sogar die Druckstärke. Von der spiegelnden Wahrnehmungs- und Spürhilfe leiten die Kinder so – sehr wohl wissend um ihre eigenen bedürftigen Punkte – die Behandlungen.

Im Erkennen der Situation werden die Kinder zu eigenen aktiven Handlungen inspiriert. Im Prozess dieser Eigenhandlung werden die aktive Selbstwahrnehmung und das Beforschen der eigenen Körperlandschaft möglich.

Eine stets beliebte Körperregion sind die Kaumuskeln, die Muskeln im Nacken, vorne in der Region des Halses und die Bauchregion zwischen den Rippenbögen. Zielsicher spüren so Behandler und Behandelte zu hohe, dysregulierte Spannungsmuster auf. Tatsächlich verfügen Kinder mit autistischen Störungen um eine Art inneres Wissen darüber, wo die wichtigsten Regulationspunkte liegen.

Neben den führenden Muskeln der Kopf- gelenke, des Hinterhauptes, der Kaumus-

Eine Fallgeschichte: Lina

Im Juli 2009 wird Lina erstmals von ihren Eltern in unserem Zentrum für interdisziplinäre Therapien vorgestellt. Lina ist im Mai 2007 geboren. Die Leitdiagnosen beschreiben eine ausgeprägte statomotorische sowie psychomotorische Entwicklungsverzögerung. Autistisch anmutendes Verhalten, stereotype Bewegungs- und Verhaltensmuster, starke psychoemotionale Unruhezustände mit Weinerlichkeit und Wutanfällen gestalten den Alltag ebenso schwerfällig wie die Schlaf- und Schreiprobleme. Linas Gleichgewichtsdefizite deuten auf eine Störung des vestibulären Systems und der Blickmotorik hin.

Neben Leitdiagnosen der statomotorischen und psychomotorischen Entwicklungsstörung stehen Verdachtsdiagnosen in Richtung „mitochondriale Erkrankungen,“ „Myelinisierungsstörungen,“ autistischer Erkrankungen wie „NLD“ (Nonverbal Learning Disorder) sowie die wahrscheinliche Problematik einer schweren Behinderung im Raum.

Lina scheint „nicht richtig da“ zu sein, wie „abwesend.“ Sie sitzt indifferent unbeteiligt auf dem Schoß ihrer Mutter. Ihr Blick starrt in die Weite – ins Leere. Lina vermeidet Blick- und Augenkontakt und verdreht ihre Augen bei überstrecktem Nacken stereotyp nach oben rechts. Sie ist nicht in der Lage, Blickkontakt

Kinder mit autistischen Störungen fordern besonders die Behandlung der Arme, Hände und Füße ein und spüren sehr genau die Entspannung und Lösung hinter den Behandlungspunkten

keln, der Musculi scaleni, dem Zwerchfell, den Bauchganglien, dem M. iliopsors fordern Kinder mit autistischen Störungen besonders die Behandlung der Arme, Hände und Füße ein. Sehr genau erfassen und spüren alle Betroffenen das entsprechende Nachlassen, die Entspannung, die Lösung hinter den Behandlungspunkten. Neben dem Wissen über Ort und Druckintensität verfügen die Kinder auch über das Gefühl der passenden Zeiteinheit an den Punkten. Eine Fallgeschichte soll das Gesagte veranschaulichen.

zu halten oder ein Gesicht zu fixieren. So sind auch keine Blickfolgebewegungen möglich. Linas Körperhaltung wirkte bei den ersten Sitzungen sehr gedrunken. Ihr Hals wirkt kurz, die Ohren relativ tief sitzend, die Augen „schläfrig,“ wie bei einer Lidheberschwäche.

Linas Haltung ist geprägt durch eine auffallende Muskelhypotonie, überstreckte Kopf- gelenke, drastisch eingeschränkte Beweglichkeit in allen Gelenken, Rumpfschwäche, fehlenden Mundschluss und eine nicht einmal im Ansatz ausgebildete Zielmotorik. Lina

schreit bereits im Wartezimmer auf dem Arm der Mutter exzessiv.

Der gesamte Muskeltonus wirkt hypoton. Speziell die obere Halswirbelsäule im craniocervicalen Übergang ist nach dorsal überstreckt. Die Wirbelsäule kompensiert mit hypotonem Rundrücken. Genauso schwach wirkt die Beckenregion. Auch die Schultern sind hypoton. Ein funktioneller Beckenschiefstand induziert dabei eine neuro-muskuläre Skoliose.

Der Schädel ist über der Gelenkebene C0/C1 der Beweglichkeit stark eingeschränkt. Die Rotation nach links und rechts liegt bei weniger als fünf Grad. Auch die Gelenkebene C2/C3 ist in ihrer Funktion eingeschränkt. Nach links und nach rechts sind Seitenneigungen reduziert. Vor diesen muskelinduzierten Symmetriestörungen der Kopfgelenke wirkt HWK 7 sehr prominent. Außerdem ist der M. sternocleidomastoideus kontrakt.

Hinwendungs-, Aufmerksamkeits- und Orientierungsbewegungen erscheinen schon vor diesem körperlichen Hintergrund für Lina sehr aufwendig. Lina muss im Dienste dieser Verhaltensreaktionen den ganzen Rumpf mitdrehen. Die Kiefergelenke sind in diesem Funktionszusammenhang ebenfalls eingeschränkt. Mundöffnung und Translationsbewegungen des Kiefers sind blockiert. In den

sichtsausdruck von Lina erscheint teilnahmslos und leidend. Sie zeigt kein Mienenspiel und wirkt wie „nicht im Körper“. Neugier und Aufmerksamkeit lassen sich in den ersten Sitzungen kaum hervorlocken. Die Synchronisation der Augen und der gesamten Motorik ist schwach organisiert.

Zielorientiertes Verhalten und Aufmerksamkeitslenkung erscheinen schwer. Überhaupt zeigen die ersten Berührungs- und Behandlungspunkte, dass Lina ihren Körper nur sehr schlecht spürt. Sie scheint ihren Körper als „Körper-Selbst“ mit der Landschaft ihres Körpers nur sehr begrenzt zu spüren oder zu kennen.

Vor diesem Hintergrund fehlt Lina die „Leiblichkeit“ als Basis und Weg für nonverbale Kommunikation. Ohne das Gewahrsein ihres Körpers sind auch Emotionen und Gefühle sehr schwer einzuordnen. Emotion, Schmerz oder Gefühle finden in Lina also wenig Resonanz. Gefühle zu haben, Gefühle in anderen zu erkennen und Gefühle auszudrücken basieren auf Eigen- und Zwischenleiblichkeit sowie auf deren Sensorik und Motorik.

Berührung: Für Lina ist es sehr schwer möglich, Berührung zu erleben und zu verstehen. Das Gewahrsein ihrer selbst und die Erfahrung des eigenen Körpers sind aber notwendig, um sich selbst und (in Interaktion) ihr

Gefühle zu haben, Gefühle in anderen zu erkennen und Gefühle auszudrücken beruhen auf Eigen- und Zwischenleiblichkeit sowie auf deren Sensorik und Motorik

Illosakralgelenken ist Lina nur wenig beweglich. Die phasische Glutealmuskulatur ist atrophisch und hypoton und die Außenrotation der Hüften ist eingeschränkt. Die ischiocrurale Muskulatur ist stark verkürzt.

Linas Koordinations- und Gleichgewichtsfertigkeiten sind sehr schwach. Die Augen-Hand-Zielmotorik ist dabei nur schwach entwickelt. Augen-, Kopf- und Blickmotorik wirken stereotyp. Lina zeigt kein Interesse an der Therapeutin oder anderen Menschen am Empfang oder im Wartezimmer. Soziale Interaktion scheint fast nicht möglich. Der Ge-

Gegenüber zu erkennen. Ohne das Wissen um den eigenen Leib sind Aktionen eines Therapeuten sowie dessen Berührungen nur schwer einzuordnen. Auch die Orientierung im Körper-Umraum (peripersonal space) ist nur minimal angelegt.

Hören: Ganz sicher kann Lina mit ihrem akustischen Apparat gut hören. Die akustische Reizverarbeitung zeigt jedoch gravierende Defizite. Verstehen, Stimme und Stimmungen beziehungsweise Zwischentöne zu hören und einzuordnen, erscheinen äußerst schwierig. Multisensorisches Verstehen und

die Integration verschiedener Reize führen zum „Rückzug nach Innen.“ Die basalen, grundlegenden Arbeitsschritte für das wirkliche Hören mit emotionalem Hintergrund scheinen in ein Niemandsland zu fallen. Auch die räumliche Koordination aus dem „akustischen System“ ist „nicht geerdet.“

Blickfixierung, Bildfixierung und Blickfolgebewegungen sowie sinnvolles Erkennen sind nur extrem kurz möglich

Sehen: Auch der optische Apparat ist „gesund.“ Die visuelle Reizverarbeitung bleibt jedoch genauso im „Sehkanal“ stecken wie die akustische Verarbeitung. Blickfixierung, Bildfixierung, Blickfolgebewegungen und sinnvolles Erkennen sind nur extrem kurz möglich. Willkürliche Augenbewegungen nach links, rechts, oben und unten sind isoliert nicht möglich. Präokkulomotorische Ansteuerungen für vertikal und horizontal bleiben auf einer Stufe der undifferenzierten Massenbewegung des Kopfes und des ganzen Rumpfes stecken.

Zungen- und Sprachmotorik: Analog zur verspannten und dysfunktionalen Nackenmuskulatur sind auch Kaumuskulatur, Mundbodenmuskelsystem, Schlund- und Zungenmuskeln dysreguliert. Die Kaumuskeln sind außergewöhnlich hyperten und kontrakt – einige Mundbodenmuskeln dagegen hypoten. Die Zungen- und Lippenmotorik sind speziell im willkürlich spielerischen (Nachahmen) nur stereotyp aktiv. Linas Sprachentwicklung ist stark verzögert.

Lina zeigt eine Reihe typischer Merkmale einer autistischen Störung im Sinne einer „Nonverbal Learning Disorder.“ Lina findet Sicherheit und Beruhigung in stereotypen Verhaltens- und Handlungsmustern. Sie hat große Schwierigkeiten, in den Gesichtern anderer Mitmenschen und deren Haltung zu lesen; Mimik und Gestik zu verstehen und einzuschätzen.

Geeignete taktile, neuromuskuläre und empathische myoreflextherapeutische Spürhilfe soll in einem mehrdimensionalen Lernpro-

zess verzögerte Momente der Entwicklung aufgreifen und zur Reife beziehungsweise in Synchronisation führen. Die nonverbale Kommunikation sollte im Besonderen über die Zusammenarbeit mit mehreren Therapeuten im Behandlungsdialog gefördert werden.

Lina konnte sich schon nach sehr wenigen Therapieeinheiten gut auf die therapeutischen Hände, ihr Gegenüber und auf die Entdeckungsreise in ihre eigene Körperlandschaft einlassen. Sie zeigte selbst in fremd wirkenden Körperregionen wie der oberen Halswirbelsäule und der Kaumuskeln Interesse und eigene Mitarbeit. Auf die Behandlung ihres Kiefers und des Zwerchfells reagiert sie mit deutlicher Entspannung. Dies führt soweit, dass sie die Hände der Therapeuten führen kann. Geplant und kooperativ mit Lina umgesetzt können auch zwei Therapeuten gleichzeitig mit ihr arbeiten. Dabei werden Füße, Hände oder M. iliopsoas parallel mit den führenden Muskeln der mimischen Muskulatur behandelt. Im Team synchronisiert, waltet klar abgesprochen ein „schöpferischer Blick“ mit einer Geisteshaltung, die sich keinesfalls auf Defizite orientiert. Entweder Augenmuskeln, Halswirbelsäule und Schultergürtel oder die Symmetrie der Beuge- und Streckmuskeln des Rumpfes und der unteren Extremitäten stehen im Wechsel im Vordergrund.

Körpertherapie, Bewegungsausdruck, Stimme, Klang und tänzelnde Bewegungen im Miteinander (mit wechselnden aber vertrauten Bezugspersonen) führen die nonverbale Beziehungsgestaltung weiter. Therapeutische Ziele waren und sind Mimik, körperliche Eigen-Spannung, die Spiegelung von Freude und Mitfreude und so die Entfaltung zwischenleiblicher Intersubjektivität. Im Dialog entsteht dann – ohne direkte Erwartung und Bewertung – Resonanz und die Entfaltung eines gelingenden Bindungsverhaltens.

Multisensorische Integration, neuromuskuläres propriozeptives Lernen und nonverbale sowie verbale Interaktion sollen weiter gestärkt werden. Idealtypischerweise sollte Lina im nächsten Schritt mit anderen Kindern

in der Freizeit spielerisch nonverbal im Dialog lernen.

März 2012: Lina ist nun fünf Jahre alt. Sie ist viel aufmerksamer, wacher, sich ihrer selbst gewahr und nonverbal sehr kooperativ. Lina spürt sich und ihren Körper viel besser. Sie hält Augen- und Blickkontakt über gut 20 Minuten. Durch Nachahmen können Blickbewegungen, Zungen-, Mund- und Klangbewegungsmuster genauso miterlebt werden wie mimisches Spiel. Außerdem kann Lina vorhersagen was passieren wird – sie antizipiert.

Gezielt myoreflex-therapeutisch eingesetzt können körperliche Rückmeldungsvorgänge das Verhältnis zur Mitwelt grundlegend verbessern

Lina fühlt sich bei Allen in unserem Team sicher und kann dabei lachen. Sie erkennt jeden Einzelnen von uns. Lina hat Freude und zeigt Freude. Ihre Kooperation, Feinmotorik, Zielmotorik, Körperhaltung, Kopfhaltung sind wesentlich besser. Es kam zu einer deutlichen Verbesserung der nonverbalen Kommunikation, von Sprache und Singen, des Blickkontakts, von Balance und Zeitgefühl, der sensorischen Verarbeitung, des Körperbewusstseins, der Gefühle und Emotionen in nonverbaler Interaktion, der motorischen Fähigkeiten und der Augen-Bewegungsmuster sowie der Kommunikation über die mimische Muskulatur

Februar 2013: Lina geht es inzwischen wesentlich besser. Sie verhält sich äußerst kommunikativ auf mehreren Ebenen. Im stabilen Bindungsverhalten „erkennt“ und „liest“ sie ihr Gegenüber schnell und sicher. Sie spürt sehr genau, wer wirklich zuhört und mit wem es Sinn macht, die Aufmerksamkeit zu teilen, zu reden, zu erzählen oder zu spielen.

Sicherheit, Koordination, Balance, Körpergefühl und Timing haben sich deutlich verbessert. Angstverhalten, gestörte Aufmerksamkeit, Bauchschmerzen sind inzwischen weitgehend überwunden. Selbst die Einsicht in Dinge, die sein müssen, wie Therapie, Aufräumen und „Aufeinander Hören“ sind auf liebevoll heitere Art und Weise möglich geworden.

Störungen der Leiblichkeit statt „Krankheit“

Lina offenbarte eine Reihe propriozeptiver sensomotorischer Defizite. Aus unserer Perspektive ist Lina jedoch keinesfalls behindert im Sinne einer genetischen beziehungsweise primär pathologischen Störung: „Ein Symptom einer Erkrankung kann nicht nur lokal als Ausfall einer isolierten Elementarfunktion verstanden werden, sondern es muss als Anpassung des Organismus an sein durch die Läsion verändertes Verhältnis zur Umwelt angesehen werden [...] da an der Gestaltung der Symptome sowohl das gesamte neuronale Netzwerk als auch die Beziehung zur Umwelt beteiligt sind.“ (Northoff 1995)

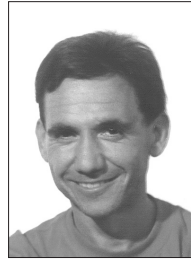
Gezielt myoreflex-therapeutisch eingesetzt und induziert können körperliche Rückmeldungsvorgänge das Verhältnis des Betroffenen zu sich selbst, zur Umwelt und zur Mitwelt grundlegend verändern und verbessern. Die Begegnung mit dem Anderen geschieht zunächst körperlich, zwischenleiblich: „Und eben mein Leib ist es, der den Leib des Anderen wahrnimmt, und er findet in ihm so etwas wie eine wunderbare Fortsetzung seiner eigenen Intentionen, eine vertraute Weise des Umgangs mit der Welt.“ (Merleau-Ponty 1966, 405) Durch die leibliche Seinsweise hindurch, mittels somatosensorischer Reafferenzen und verkörperter Spiegelungen, werden non- bzw. paraverbale Formen der Begegnung und Kommunikation möglich. Die Betroffenen können sich so verändern, sich neu ausrichten und ihre Anpassung erweitern.

Literatur

Leitlinien Autismus (2007). Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage. Darin: Tief greifende Entwicklungsstörungen (F84); S. 225 - 237. (Online: www.awmf.org/leitlinien).

Merleau-Ponty, M. (1966). Phänomenologie der Wahrnehmung. (1945. Phénoménologie de la Perception, Paris: Gallimard) Aus dem Französischen übersetzt und eingeführt durch eine Vorrede von R. Boehm. Berlin: Walter De Gruyter.

- Mosetter, K. & Mosetter, R. (2005). Dialektische Neuromuskuläre Traumatherapie. Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin, Jg. 2, S. 31-45.
- Mosetter, K. & Mosetter, R. (2008). Perspektiven der Biologie des Menschen. Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft und Psychologische Medizin Jg. 4, 29-42.
- Mosetter, K. & Mosetter, R. (2014). Beziehungen und Selbst-Beziehungen der Körperlichkeit. Psychotherapie-Wissenschaft 1. 19-27.
- Naumann, A. & Mroczek, P. (2011). Diagnostik bei Autismus-Spektrum-Störungen (ASS): Vorstellung der klinischen Diagnosekriterien und –verfahren. Vortrag: Interdisziplinäre Fachtagung für den Landkreis Harburg (22.01.2011). Online: www.gesundheits.de/CMS/images/stories/PDFs/Mroczek_1.pdf.
- Northoff, G. (1995). Neuropsychiatrische Phänomene und das Leib-Seele-Problem. Qualia im Knotenpunkt zwischen Gehirn und Subjekt. Essen: Verlag Die Blaue Eule.
- Otto, J. (2013). Schwere Geburt: Stress im frühen Kindesalter hinterlässt vielfältige Spuren. ZEIT Nr. 26. (Zeit Online: www.zeit.de/2013/26/adoption-trauma)
- Piaget, J. (1992a). Biologie und Erkenntnis: Über die Beziehungen zwischen organischen Regulationen und kognitiven Prozessen. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Piaget, J. (1992b). Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde. München: DTV.
- Prinz, W. (2013). Selbst im Spiegel. Die soziale Konstruktion von Subjektivität. Berlin: Suhrkamp.
- Roberts, A.L., Lyall, K., Rich-Edwards, J.W., Ascherio, A. & Weisskopf, M.G. (2013). Association of maternal exposure to childhood abuse with elevated risk for autism in offspring. JAMA Psychiatry. 70(5). 508-515.
- Sinclair, Jim (selbst Autist), zitiert nach Solomon, A. (2013). Weit vom Stamm. Wenn Kinder ganz anders als ihre Eltern sind (S. 331). (Aus dem Amerikanischen von H. Dedekind u.a.). Frankfurt a.M.: S. Fischer.



Dr. med. Kurt Mosetter

Zentrum für interdisziplinäre
Therapien
Obere Laube 44
78462 Konstanz
Tel.: +49/7531/991274
Fax: +49/7531/991275
E-Mail: mosetter@debitel.net



Reiner Mosetter

Zentrum für interdisziplinäre
Therapien
Obere Laube 44
78462 Konstanz
Tel.: +49/7531/991274
Fax: +49/7531/991275
E-Mail: mosetter@debitel.net