

**ida**

**Association Suisse de Rolfing® & Intégration structurale**

**Identification de la méthode (METID)**

**Intégration structurale**

**2 mars 2015**

## Sommaire

1. Désignation de la méthode.....	2
2. Brève description de la méthode.....	2
3. Histoire, philosophie.....	3
3.1 Histoire.....	3
3.2 Philosophie.....	5
4. Modèle théorique de base.....	6
4.1 Le corps soumis à la gravité: les bases physiques, anatomiques..... et physiologiques.....	6
4.2 Le processus de l'intégration structurale en tant qu'approche globale pour le travail sur le corps, l'esprit et l'âme.....	7
5. Les différentes formes d'analyse.....	10
5.1 Première anamnèse.....	10
5.2 Examen visuel: le body reading.....	10
5.3 Palpation.....	11
6. Concept thérapeutique.....	12
6.1 Objectif.....	12
6.2 Travail structurel et qualité du contact.....	12
6.3 Travail fonctionnel et entraînement aux mouvements.....	13
6.4 Travail psychobiologique et entraînement à la perception.....	14
6.5 Le concept de la série de base de dix séances.....	15
6.5.1 Points communs des dix séances.....	15
6.5.2 Les dix séances et leur contenu.....	16
7. Limites de la méthode/contre-indications.....	20
8. Limites des compétences du/de la thérapeute.....	20
9. Qualifications spécifiques nécessaires pour appliquer la méthode.....	20
10. Positionnement.....	24
10.1 Relation avec les médecines alternatives et la médecine conventionnelle.....	24
10.2 Distinction de la méthode par rapport aux autres approches et professions.....	24
11. Importance et articulation des différents modules d'enseignement lors de la formation du praticien .....	26
12. Annexes.....	28

## 1. Désignation de la méthode

Intégration structurale

## 2. Brève description de la méthode

L'intégration structurale associe dans son fonctionnement trois aspects principaux inhérents au corps humain:

1. Travail sur la structure: manipulation de la structure du corps, en premier lieu celle des tissus conjonctifs, appelés «fascias».

→ **Travail structurel**

2. Travail sur la fonction: travail sur la fonction du corps par un entraînement interactif aux mouvements.

→ **Travail fonctionnel**

3. Travail psychobiologique: travail au niveau de la psychobiologie corporelle – par le biais d'un entraînement à la perception – permettant la participation active du vécu psychique, mental et social qui se manifeste dans le corps du/de la client(e) au cours du processus thérapeutique.

→ **Travail psychobiologique**

L'objectif de l'intégration structurale est de modifier en une série thérapeutique de base (environ dix séances) les relations qu'entretiennent les différents segments corporels entre eux ainsi que de rendre perceptibles et d'améliorer les habitudes de mouvement afin que le/la client(e) puisse se tenir debout et marcher sans effort.

### **Le réseau de fascias est la base de l'intégration structurale**

Le réseau de fascias sert d'enveloppe élastique au corps et à tous ses composants comme les muscles, les nerfs et les organes. Le Dr Ida P. Rolf, la créatrice de cette méthode, décrivait le réseau de fascias comme un «organe de la forme». L'attraction terrestre agit en permanence sur l'organisme humain entouré par ces enveloppes élastiques. Elle peut agir comme une force d'organisation et de stabilisation sur l'être humain et servir de véritable instrument pour équilibrer et redresser la structure corporelle. L'un des objectifs de l'intégration structurale est de permettre aux client(e)s d'utiliser cette ressource. Le/la thérapeute complémentaire méthode intégration structurale utilise pour ce faire les propriétés plastiques des tous les réseaux de fascias en modifiant les relations qu'entretiennent les différents segments corporels entre eux ainsi que leur rapport à la gravité, en premier lieu par un travail structurel sur les couches de fascias. En effet, des raccourcissements et des adhérences peuvent survenir au niveau de ces couches à cause de déséquilibres et de troubles anatomiques, physiologiques, fonctionnels et/ou psychiques et altérer ainsi le bien-être du/de la client(e).

### **Aspects fonctionnels et psychobiologiques de l'intégration structurale**

Le travail structurel est complété par un entraînement actif aux mouvements et à la perception de soi de la part du/de la client(e). La forme corporelle et les habitudes de mouvement de chaque personne sont marquées par les prédispositions personnelles et les antécédents individuels, les expériences psychiques et mentales ainsi que les influences sociales. Parmi ces

facteurs personnels, on peut trouver par exemple la pratique de la danse, d'un sport, une relation de couple heureuse, une bonne perception du corps mais aussi des accidents, des blessures et des maladies. Tous ces paramètres influencent l'organisation du corps.

L'entraînement actif de la conscientisation de ses propres mouvements et la modification de la perception de la gravité sur le corps sont cruciaux dans l'intégration structurale. L'intégration de ces modifications corporelles et des nouvelles habitudes de mouvement dans la manière dont le/la client(e) perçoit le monde extérieur permet un ancrage durable de l'évolution dans le corps de celui-ci/celle-ci. La poursuite de l'acquisition d'une perception de soi et d'une responsabilité individuelle joue également un rôle central dans l'intégration structurale et vise à cimenter les améliorations.

## 3. Histoire, philosophie

### 3.1 Histoire

#### **Le Dr Rolf est la créatrice de l'intégration structurale**

La méthode de l'intégration structurale a été développée et enseignée par le Dr Rolf (1896–1979). Elle est l'une des premières femmes aux États-Unis à avoir reçu en 1920 le titre de Docteur en biochimie et en physiologie à la Columbia University de New York City (USA). Elle a ensuite étudié l'homéopathie à Genève et la physique à Zurich. Elle a travaillé pendant de nombreuses années dans le département de recherches du Rockefeller Institute à New York City (USA).

Le Dr Rolf elle-même souffrait de douleurs au niveau des vertèbres thoraciques mais ne trouvait personne en mesure de l'aider. Lors d'un voyage qui l'a menée de New York en Californie, elle a trouvé ce qu'elle cherchait. Le travail et l'approche de l'ostéopathe local qui l'a soulagée l'ont beaucoup impressionnée. Cette expérience a éveillé en elle un vif intérêt pour les méthodes de traitement manuelles. Elle entama ensuite des recherches actives pour trouver des stratégies alternatives destinées au traitement des symptômes physiques. Elle travailla ainsi avec différentes approches comme le yoga et l'ostéopathie.

Néanmoins, elle n'était pas satisfaite des modèles utilisés et des résultats obtenus. Pour elle, en tant que scientifique, il était clair que: «Si nous voulons un résultat différent, nous devons commencer avec une approche et des conditions différentes». Le Dr Rolf commença donc à considérer le corps humain sous un angle totalement nouveau. Elle s'efforça de regarder «derrière» les symptômes et identifia l'influence de la gravité sur l'architecture de l'organisme humain comme un effet central. Elle en conclut que l'agencement optimal des principaux éléments de la structure du corps comme les pieds, les jambes, le bassin, la cage thoracique et la tête en équilibre avec l'attraction terrestre pouvait conduire à une augmentation du bien-être. C'est pourquoi elle nomma sa méthode «Intégration structurale: intégration de la structure du corps humain dans le contexte de la gravité».

Sa méthode fut connue sous le nom de Rolfing®, en référence à son nom de famille.

Outre l'agencement de la structure corporelle en fonction de la gravité, le Dr Rolf a étudié les relations entre les segments corporels en mouvement, donc l'aspect fonctionnel du corps, ainsi que les interactions entre la structure et la fonction. Ainsi, elle a pu acquérir une nouvelle compréhension de l'importance de l'agencement structurel du corps humain par rapport à

l'attraction terrestre. Cette compréhension caractérise aujourd'hui encore le travail des thérapeutes.

Le Dr Rolf a enseigné sa méthode en premier lieu au sein d'un cercle restreint. Fritz Pearls (1893–1970), le créateur de la «Gestaltthérapie» a été impressionné par son approche et l'a invitée au Esalen Institute en Californie où elle s'est installée et a poursuivi ses enseignements. Elle y a entretenu des échanges intenses avec des thérapeutes contemporains comme Moshé Feldenkrais (1904–1984) ou Frederick Matthias Alexander (1869–1955) qui travaillaient également au développement de nouvelles méthodes pour améliorer la fonctionnalité du corps. Sa participation aux enseignements était également très demandée dans les écoles d'ostéopathie renommées en Angleterre. Elle a finalement fondé son propre institut en 1971 à Boulder, aux États-Unis. Cet institut porte toujours son nom: *The Rolf Institute of Structural Integration* (RISI).

Afin de pouvoir transmettre ses points de vue à un plus large public, le Dr Rolf a développé une série de base de dix séances permettant au/à la thérapeute de reconnaître, selon ses descriptions, l'agencement structurel du corps du/de la client(e) et d'en perfectionner durablement le fonctionnement. Des séances supplémentaires peuvent suivre la série de base pour offrir au/à la client(e) la possibilité de poursuivre le processus thérapeutique.

Aujourd'hui, il existe, sous l'égide du Rolf Institut américain, des organisations indépendantes en Europe, en Australie, au Brésil, au Japon et au Canada qui enseignent la méthode de l'intégration structurale sous le nom de marque Rolfing®.

### **L'intégration structurale en tant que domaine de recherche vivant**

Le travail du Dr Rolf a été repris et poursuivi par différent(e)s thérapeutes. À titre d'exemple, il est possible de citer les noms suivants: le Dr Hans Flury (Suisse) a interprété et concrétisé les enseignements du Dr Rolf sous un jour nouveau et a ainsi participé de manière décisive à la poursuite du développement de l'intégration structurale. Dans le domaine de la recherche médicale, c'est surtout le Dr Robert Schleip (Allemagne) qu'il convient de mentionner: depuis sa formation au *Rolf Institute of Structural Integration*, à Boulder (USA), dans les années 80, il poursuit intensément des recherches sur l'importance fonctionnelle et neurologique des fascias pour le corps en tentant de connaître précisément les objectifs réalisables pour le/la client(e) via la manipulation manuelle de ces couches de tissu. Il travaille aujourd'hui dans ce domaine de recherche encore récent à l'Université d'Ulm avec des spécialistes en science de la locomotion et des neurologues (voir annexe). Il est également co-organisateur du congrès international sur les fascias (2007 à Boston, 2009 à Amsterdam, 2012 à Vancouver). Hubert Godard, un ancien danseur et ancien directeur du département d'analyse de la danse et du mouvement à l'Université de Paris, en France, a également participé à l'élargissement des travaux du Dr Rolf. Il a significativement contribué à la poursuite du développement de la méthode. Ses domaines de recherche sont en premier lieu le mouvement, les structures neurologiques et leurs interactions avec le psychisme lors des mouvements corporels. Le Dr Peter Schwind (Allemagne) et son groupe munichois, actifs dans le domaine du traitement manuel interdisciplinaire (voir annexe), sont impliqués depuis des années dans la poursuite du développement scientifique de l'intégration structurale. Une sélection de publications spécialisées figure en annexe.

### **Deux instituts d'intégration structurale aux États-Unis**

En 1990, le *Rolf Institute of Structural Integration* (RISI) de Boulder s'est scindé en deux entités en raison de différends personnels entre les enseignants formés par le Dr Rolf. Un deuxième institut appelé *Guild for Structural Integration* a été fondé, également à Boulder (USA). Ces deux instituts de l'intégration structurale aux États-Unis se considèrent chacun

comme des fédérations assurant la formation et l'administration des membres. En termes de contenu, la seule différence notable entre ces deux établissements aujourd'hui est que

l'utilisation de la marque Rolfing® est réservée aux personnes formées au *RISI*. Ces deux instituts collaborent de nouveau étroitement et, en Suisse, les personnes formées par la *Guild for Structural Integration* sont également membres de la *Swiss Association Rolfing® & Structural Integration* (SARSI). Les deux établissements offrent aux États-Unis des formations identiques de thérapeute complémentaire méthode intégration structurale.

### **L'intégration structurale en Suisse**

Depuis les années 1980, on parle plus souvent de «Rolfing®» (marque déposée) que d'intégration structurale (dénomination de la méthode) pour faire référence à cette dernière. La marque «Rolfing®» a été reconnue en Suisse pour désigner l'intégration structurale après que le *RISI* à Boulder aux États-Unis (propriétaire de cette marque) ait pu apporter la preuve convaincante que la dénomination de la méthode n'était pas Rolfing®, mais intégration structurale et que le nom Rolfing® devait donc être protégé. Rolfing® et intégration structurale sont donc des synonymes: le premier terme désigne la marque et le deuxième la méthode.

## **3.2 Philosophie**

*«Nous voulons aider l'individu à trouver un équilibre dans lequel la gravité n'est plus un ennemi. Nous voulons que la gravité soutienne l'individu et devienne une force motrice.»*

*« La gravité est le/la thérapeute.»*

Dr Ida P. Rolf

L'intégration structurale repose sur l'appréhension de l'être humain dans son ensemble: un corps, une âme et un esprit. Cela signifie que, selon ce concept thérapeutique, la structure du corps de chaque personne est perçue en fonction de la force gravitationnelle et que les caractéristiques fonctionnelles et psychobiologiques de cette personne sont également considérées avec attention.

Le tissu conjonctif, et surtout les fascias qui confèrent au corps sa forme, jouent ici un rôle crucial. Le travail sur les fascias vise à induire un comportement locomoteur au quotidien économique en énergie. Avec le soutien continu du/de la thérapeute, le/la client(e) peut prendre conscience de ces modifications corporelles et les ressentir. Il/elle peut ainsi trouver simultanément un meilleur équilibre intérieur et donc établir une nouvelle relation avec son environnement.

Chaque personne est unique et a sa propre histoire, sa propre qualité tissulaire, ses mouvements, son comportement et son rythme de vie. C'est pourquoi, pour le succès de l'intégration structurale, il est essentiel de considérer et de soutenir le/la client(e) dans son développement individuel. Le/la thérapeute doit offrir un accompagnement adéquat en fonction de la situation de vie actuelle de son/sa client(e). Il/elle doit également connaître ses propres limites et, en fonction des besoins, impliquer des spécialistes de la médecine conventionnelle et des médecines alternatives ou autres en accord avec son/sa client(e).

Au cours du développement de la perception de soi, les client(e)s sont soutenu(e)s par le type de manipulation manuelle ainsi que par des exercices ciblés à travailler entre les séances. Cet entraînement dans le domaine du mouvement, de la perception corporelle et de l'auto-observation lors des interactions avec autrui ont pour objectif de responsabiliser le/la client(e) afin d'utiliser les découvertes et les enseignements prodigués par la thérapie. La réflexion commune avec le/la thérapeute sur l'expérience vécue entre les séances attire à dessein l'attention du/de la client(e) sur le processus en cours. Le processus évolutif, engagé grâce au travail continu avec le/la client(e) au niveau corporel, fonctionnel et psychobiologique, s'étend sur environ dix séances. Le Dr Rolf disait: «L'intégration structurale demande du temps».

## 4. Modèle théorique de base

### 4.1 Le corps soumis à la gravité: les bases physiques, anatomiques et physiologiques

L'approche théorique de l'intégration structurale s'oriente en fonction des caractéristiques anatomiques et physiologiques du corps ainsi que des forces physiques qui agissent sur ce dernier et l'influencent au niveau structurel, fonctionnel et psychobiologique.

Selon la physique, la gravité attire tous les corps (dont le corps humain) verticalement vers la terre. Une force inverse (effort normal) permet de se tenir debout. Dans cette interaction de forces, le corps humain recherche en permanence un équilibre pour se redresser sans effort.

L'intégration structurale est issue de la représentation d'un redressement «idéal» de la structure corporelle: selon ce schéma, le corps suit une ligne verticale. Ces interactions verticales entre les différents segments corporels permettent d'équilibrer automatiquement la tension passive au niveau du tissu des fascias sur la face avant, la face arrière et les côtés du corps. L'état d'équilibre recherché est ainsi atteint. Dans cet état d'équilibre, la contraction active des muscles, indispensable au maintien de la structure sur un axe central, est aussi automatiquement minimisée et il est possible de se tenir debout et d'effectuer des mouvements sans effort.

Sur les personnes en mouvement, il est possible de visualiser l'agencement des différents segments corporels les uns sur les autres (pieds, jambes, bassin, cage thoracique et tête). Ces éléments ne doivent pas être considérés comme des blocs fixes, mais plutôt comme des masses de liquide très épais. Ces segments malléables sont maintenus en forme grâce à des enveloppes: les fascias. La forme de chaque segment et donc de l'ensemble du corps est le résultat de l'équilibre entre la pression interne dans les enveloppes et la tension passive de ces dernières. Les contractions des fibres musculaires, qui sont des composantes actives, s'ajoutent à la tension passive. Cette tension active soutient les fascias dans leur fonction, à savoir le maintien du corps en station verticale. Elle peut varier de manière importante et ciblée. Il en résulte des mouvements qui correspondent à des modifications réversibles de la forme du corps.

Grâce au travail effectué lors des manipulations, le/la thérapeute agit sur la structure décrite ci-dessus, donc sur la position et la séquence de mouvements de chaque segment corporel dans sa relation avec la gravité. Il/elle travaille sur les fascias raccourcis et/ou adhérents qui enveloppent la musculature squelettique ainsi que les organes. L'objectif est d'élargir le champ

du possible pour obtenir une station verticale sans effort. Les écarts par rapport à la «structure idéale» mentionnée plus haut sont très variables d'un individu à l'autre. C'est pourquoi il convient de se rapprocher autant que faire se peut de ce schéma «idéal» en fonction de la situation individuelle de la personne.

Les fascias se caractérisent physiologiquement par une forte densité en récepteurs chargés de la transmission du signal. Ils échangent des informations avec le système nerveux. Les fascias sont donc des zones permettant de communiquer directement avec le système nerveux par l'intermédiaire d'une action sur la tension et la position de ces derniers grâce à des pressions manuelles et un entraînement à la perception interne. Les interventions manuelles et la modification des séquences de mouvement conduisent à un changement de la tension relative des différents fascias en interaction.

Des informations psychobiologiques se trouvent également dans ces couches tissulaires, comme des souvenirs enregistrés par le corps concernant certains événements et pouvant être rappelés au/à la client(e). Cet aspect du travail sur le corps est essentiel pour le déroulement du processus thérapeutique. Il participe continuellement à l'extro- et l'introspection du/de la client(e).

## **4.2 Le processus de l'intégration structurale en tant qu'approche globale pour le travail sur le corps, l'esprit et l'âme**

L'intégration structurale repose sur une série de base d'environ dix séances dédiées au travail sur les structures et les interactions décrites plus haut. Cette série de base sert aussi bien au/à la client(e) qu'au/à la thérapeute pour s'orienter dans le processus évolutif et représente un guide permettant de garder une vue d'ensemble du corps et de la personne dans la globalité. Simultanément, les dix séances servent de «carte géographique» pour l'apprentissage de l'intégration structurale lors de la formation.

Les habitudes de mouvement et de posture peuvent avoir des causes physiques et/ou psychiques, mentales ainsi que sociales. Ces modèles agissent sur la manière dont le corps s'organise en fonction de la gravité. Les fascias forment un réseau cohérent et sans suture dans l'ensemble du corps. Par conséquent, les habitudes de mouvement et de posture peuvent induire des modifications dans des régions corporelles de plus en plus éloignées. Ainsi, une entorse au niveau du pied peut être ressentie à plus ou moins long terme dans le genou et la hanche et des tensions au niveau des vertèbres lombaires peuvent atteindre la nuque après un certain temps. C'est pourquoi une intervention ponctuelle peut conduire à un soulagement local, mais un réagencement durable n'est possible qu'avec une implication de l'ensemble du corps pendant une longue période. Les tissus sont ainsi épargnés et le/la client(e) peut également suivre psychiquement les modifications physiques et le processus d'intégration.

Des zones et des fonctions corporelles bien précises sont prédéterminées et abordées à chacune des dix séances. Ces zones correspondent à certaines régions, comme par exemple la ceinture scapulaire, le bassin, l'intérieur ou l'extérieur des jambes ou les pieds.

Les fonctions correspondent dans l'intégration structurale à des mouvements basiques, comme par exemple la respiration ainsi que des séquences de mouvements telles que la marche ou le déplacement des bras. Ces mouvements doivent être considérés de manière différente.



L'ordre dans lequel les zones et les fonctions sont abordées au cours des dix séances de travail est bien précis. Ainsi, le/la client(e) est accompagné(e) pas à pas dans le processus d'évolution de l'intégration structurale. Cette procédure progressive permet d'aborder, lors de chaque nouvelle séance, des ressources qui s'articulent les unes avec les autres et qui aident le/la client(e) à intégrer et à utiliser l'évolution en cours. Ainsi par exemple, la première séance est dédiée à la respiration et à son influence sur la ceinture scapulaire et pelvienne. La respiration, dont le/la client(e) prend progressivement conscience, sert de ressource précieuse au cours des séances suivantes et peut donc être utilisée dans la collaboration thérapeute-patient(e). Au cours de la deuxième séance, c'est le contact avec le sol qui est abordé par le/la thérapeute. Ce contact est optimisé grâce à un travail de manipulation sur la structure et une stimulation de la perception des séquences de mouvements fonctionnels dans les pieds et les jambes. Chaque séance se base sur la précédente. Voici une vue d'ensemble des zones et des fonctions abordées au cours de chaque séance:

**1<sup>re</sup> séance: respiration complète**

Question centrale: comment la structure de la ceinture scapulaire et pelvienne influence-t-elle la respiration?

**2<sup>e</sup> séance: relation avec le sol**

Question centrale: comment le corps est-il soutenu par les pieds et les jambes?

**3<sup>e</sup> séance: longueur du corps**

Question centrale: comment obtenir un allongement du corps et donc une atténuation des oscillations de la colonne vertébrale?

**4<sup>e</sup> séance: ouverture dans le plancher pelvien**

Question centrale: comment soutenir l'axe central avec la face interne des jambes et le plancher pelvien?

**5<sup>e</sup> séance: redressement interne**

Question centrale: comment la face avant du corps peut-elle soutenir le redressement interne?

**6<sup>e</sup> séance: laisser le dos respirer**

Question centrale: comment la face arrière du corps peut-elle soutenir le redressement interne?

**7<sup>e</sup> séance: libérer la tête**

Question centrale: comment la tête et la nuque peuvent-elles absorber et intégrer les modifications dans le corps?

**8<sup>e</sup>/9<sup>e</sup> et 10<sup>e</sup> séance: intégration des modifications** dans tous les segments corporels ainsi que travail dans les zones n'ayant pas encore adapté les modifications.

Bien que les zones et les fonctions corporelles abordées au cours des séances de la série de base soient en général les mêmes, la thématique, les besoins concrets et le potentiel varient en fonction du/de la client(e). En effet, chaque personne présente des différences au niveau de la respiration, du contact avec le sol, de la fonctionnalité des pieds, de la qualité des tissus et des habitudes de mouvement en général. L'unité de dix séances permet de suivre un processus individuel qui se développe progressivement en fonction des personnes. Le nombre exact de séances nécessaires pour chaque zone et fonction varie d'un(e) client(e) à l'autre, de même que l'importance des zones et fonctions à travailler au cours de chaque séance et les intervalles

entre celles-ci. Les client(e)s entament leur thérapie avec différents antécédents psychologiques, spirituels et sociaux. C'est pourquoi chaque séance s'accompagne d'une question principale: quelles sont les relations entre les processus physiques et les processus psychiques et mentaux? Comment le/la thérapeute peut-il/elle favoriser au mieux l'intégration de la structure, de la fonction et de la psychobiologie au niveau du corps, de l'esprit et de l'âme?

Lors de ses interventions structurelles au cours d'une séance, le/la thérapeute s'oriente en fonction des besoins de son/sa client(e). Le travail structurel s'adresse à différentes couches de fascias. Il peut concerner des couches superficielles directement sous la peau ou très profondes, par ex. le périoste. Le choix des couches à travailler se fait en fonction de techniques anamnétiques de body reading et de palpation présentées plus en détail au chapitre 5.

D'un point de vue fonctionnel, certaines postures corporelles révèlent non seulement la présence de fascias raccourcis et/ou adhérents, mais sont aussi le résultat d'habitudes particulières en termes de positions ou de mouvements quotidiens. Ces habitudes peuvent favoriser le raccourcissement des fascias et la formation d'adhérences. En général, le/la client(e) n'est pas conscient(e) de cette situation. Il est donc très important pour l'aspect fonctionnel du traitement qu'il/elle prenne conscience de ces habitudes de mouvement. Il est ensuite possible de développer de manière ciblée de nouvelles options de mouvement grâce au travail structurel et au soutien du/de la thérapeute afin d'améliorer les interactions entre les différents segments corporels et leur relation avec la gravité. Par exemple, des modifications au niveau des séquences de mouvements seront suggérées par le/la thérapeute et l'attention du/de la client(e) sera attiré sur les changements de la perception qui en résultent. Ainsi, le/la client(e) découvre que la gravité peut se manifester autrement et fait de nouvelles expériences en relation avec celle-ci. Entre les séances, le/la client(e) favorise cette évolution en utilisant les nouvelles possibilités travaillées avec le/la thérapeute et choisit les solutions qui lui conviennent. La réflexion commune sur la marche à suivre entre les sessions de traitement fait partie intégrante de chaque séance.

Du point de vue psychobiologique, les différences qualitatives au niveau de la tension dans les diverses couches de tissu conjonctif peuvent résulter de certains événements dont l'effet émotionnel et mental se manifeste au niveau tissulaire. Les interventions structurelles et fonctionnelles peuvent donc provoquer différentes réactions émotionnelles chez le/la client(e). Le/la thérapeute fait part de ses impressions haptiques au/à la client(e) et s'efforce, par des discussions, d'aider ce dernier/cette dernière à trouver un sens aux sensations physiques. L'interprétation revient toujours au/à la client(e).

Au cours du processus thérapeutique de l'intégration structurale, la perception de soi chez le/la client(e) joue un rôle prépondérant. Le/la thérapeute encourage continuellement la compréhension du rôle que joue la perception de son propre corps et des sensations qui y sont associées dans l'initiation de l'autorégulation. La prise de conscience des tensions présentes au niveau du réseau de fascias dans son propre corps et l'identification d'éventuelles relations avec le style de vie et le comportement sont obtenues grâce à la manipulation, à la présentation d'images internes et externes, à des entretiens de feedback et à une réflexion commune avec le/la client(e). Simultanément, le/la thérapeute travaille à la prise de conscience de l'utilisation du corps du/de la client(e) et de son effet sur l'environnement et le bien-être spirituel et mental de ce dernier.

## 5. Les différentes formes d'analyse

### 5.1 Première anamnèse

La relation thérapeutique commence avec un entretien détaillé appelé première anamnèse. Les antécédents physiques, psychiques et sociaux du/de la client(e) sont examinés.

Les éléments suivants en font partie: symptômes actuels, antécédents médicaux (opérations, accidents, etc.), situation professionnelle et familiale, ressources personnelles ainsi que motivations et attentes ayant décidé le/la client(e) à suivre un traitement d'intégration structurale. En plus des antécédents médicaux du/de la client(e), l'un des objectifs importants de ce premier entretien est de se faire une idée de ses ressources externes et internes susceptibles de l'aider lors du traitement à venir et de l'évolution associée.

En outre, le/la thérapeute examine la manière dont le/la client(e) utilise son corps au quotidien, comme par exemple les mouvements répétitifs et la posture sur le lieu de travail. Lors de cet entretien, le/la thérapeute évalue la manière dont le/la client(e) fait actuellement face quotidiennement aux conditions extérieures, éventuellement en s'autorégulant et en s'adaptant. Ces informations permettent au/à la thérapeute de faire une première évaluation des possibilités et des limites du/de la client(e) ainsi que des siennes.

Un autre objectif de ce premier entretien est de formuler un état des lieux et de définir avec le/la client(e) un objectif thérapeutique servant d'orientation lors du processus à venir.

L'éventualité d'une influence et d'une modification de l'état psychique, mental et social du/de la client(e) par le futur travail sur les structures corporelles de base est également abordée. Ces modifications seront analysées continuellement avec le/la thérapeute pendant toute la durée de la thérapie.

Si l'intégration structurale s'avère impossible pour des raisons médicales ou si les attentes du/de la client(e) sont incompatibles avec le contenu et les objectifs de l'intégration structurale, ces points sont abordés lors du premier entretien et les autres approches thérapeutiques possibles sont éventuellement évaluées ensemble.

### 5.2 Examen visuel: le body reading

L'examen visuel du corps est un outil crucial pour analyser la situation. Cette procédure appelée «body reading» est réalisée avant et après chaque séance. L'examen du corps du/de la client(e) en position debout et en mouvement permet au/à la thérapeute de

- a) découvrir les habitudes de posture et de mouvement propres au/à la client(e)
- b) savoir si le/la client(e) a conscience de ses habitudes
- c) connaître l'état actuel du réseau de fascias en relation avec ces habitudes.

L'examen de body reading fournit donc de précieuses informations sur les fascias avec lesquels il est possible de travailler pour obtenir une fluidité de mouvements plus économique. Le/la thérapeute examine par exemple si le/la client(e) a plutôt tendance à compenser la force gravitationnelle avec les couches musculaires internes ou externes ou si cette tâche est assurée principalement par les fascias.

Véritable processus interactif entre le/la thérapeute et son/sa client(e), le body reading permet en outre une évaluation de la capacité de perception de ce dernier/cette dernière concernant son propre corps et ses interactions avec le monde extérieur.

De plus, cet examen est utilisé au début et à la fin de chaque séance pour donner la possibilité au/à la client(e) de prendre exactement conscience de son propre corps sous la direction du/de la thérapeute et de percevoir et d'intégrer immédiatement ensuite les modifications survenant pendant la séance. De cette manière, le/la client(e) peut comprendre directement le processus d'évolution.

### 5.3 Palpation

La palpation directe du corps en position debout, assise et couchée est un autre outil pour examiner le/la client(e). Les zones abordées au cours de chaque séance (voir les chapitres 4.2 et 6.5.2) servent ici aussi de guide pour sélectionner les régions corporelles à analyser. Le/la thérapeute vérifie si l'analyse visuelle, en particulier celle de l'effet de la gravité sur le corps, correspond à la tension sur les fascias examinée manuellement, lorsque le corps allongé «échappe» à la force gravitationnelle. En effet, en position allongée, la gravité n'agit plus le long de l'axe vertical du corps de la tête aux pieds et le corps est détendu. Cet état de relâchement fournit des informations sur un niveau supplémentaire d'organisation corporelle.

La qualité des fascias peut varier fortement (tissu allant de très dur à très mou, de très adhérent à très différencié). Ces informations permettent au/à la thérapeute d'évaluer le temps devant être consacré au travail structurel et au travail fonctionnel. La qualité tissulaire sert d'indicateur pour déterminer les intervalles entre les séances. En général, un tissu résistant entraîne des intervalles courts et un tissu mou des intervalles longs entre les sessions. De même, la réaction psychique et mentale au traitement est un indicateur important pour la fréquence des séances. Au moment de la palpation, l'aspect psychobiologique du corps est automatiquement abordé. Lors de l'entretien avec le/la client(e) sur ses sensations pendant la palpation, le/la thérapeute aborde des thèmes relatifs au psychisme, à l'état mental et à l'environnement social du/de la client(e). Par des questions ouvertes, il l'encourage à replacer ses sensations dans un contexte significatif.

## 6. Concept thérapeutique

### 6.1 Objectif

L'objectif de l'intégration structurale est l'alignement vertical et le mouvement sans effort du corps humain sous l'effet de l'attraction terrestre en utilisant la perception de soi du/de la client(e). La modification des tensions dans le réseau de fascias par voie structurelle, fonctionnelle et psychobiologique pendant le traitement induit un processus d'autorégulation dans l'ensemble du corps sous l'effet continu de la gravité. L'intégration structurale vise à se rapprocher au maximum d'un flux de mouvements adéquat et d'un redressement corporel «idéal» dans l'environnement gravitationnel afin de permettre au/à la client(e) de se mouvoir sans effort et en utilisant le moins d'énergie possible. La capacité à percevoir son propre corps est alors ancrée durablement dans le/la client(e) et l'accompagne au quotidien. Ces capacités augmentent la confiance du/de la client(e) dans son corps et donc dans son propre comportement. Le/la client(e) découvre de nouvelles possibilités par rapport à son propre corps et comprend comment les utiliser de manière toujours plus adéquate. Lorsqu'un équilibre est atteint au niveau physique et psychobiologique, le seuil de tolérance à l'égard des perturbations physiques, psychiques et sociales augmente. L'intégration structurale engage un processus qui permet au/à la client(e) de trouver cet équilibre. Une atmosphère de confiance et de soutien entre le/la thérapeute et son/sa client(e) est évidemment une condition requise pour ce processus de responsabilisation individuelle et d'autoguérison.

### 6.2 Travail structurel et qualité du contact

Les mains du/de la thérapeute qui travaille sur la structure du corps représentent l'interface entre deux systèmes de fascias: celui du/de la thérapeute et celui de son/sa client(e). Lorsque les doigts, les mains, les poignets, les poings et l'ensemble de l'avant-bras du/de la thérapeute entrent en contact avec le/la client(e), la communication a automatiquement lieu. Le corps du/de la thérapeute dans son environnement gravitationnel peut servir ici d'exemple à suivre. Grâce à la qualité de ce contact, le/la client(e) prend conscience du corps du/de la thérapeute et donc d'une version «intégrée» du réseau de fascias (celui du/de la praticien[ne]). C'est la raison pour laquelle les interactions entre les stimulations kinesthésiques induites par le/la thérapeute et la perception de son/sa client(e) doivent être l'objet d'une attention particulière; la qualité du contact est donc ici très importante.

Comme déjà mentionné, le réseau de fascias, qui enveloppe l'ensemble du corps, peut être considéré comme un «organe de la forme». Il représente une sorte de récipient pour les composantes corporelles comme les muscles, les os et les organes. Le corps humain est composé à environ 70 % d'eau. L'intégration structurale considère donc ce dernier comme un ensemble de récipients (les fascias) remplis de liquide. Le/la thérapeute travaille sur les relations que ces récipients entretiennent entre eux et avec la gravité. La cohésion entre les récipients de chaque segment corporel est assurée par une organisation en réseau. Le/la thérapeute doit pouvoir examiner les caractéristiques et les tensions des différents fascias. Grâce à des pressions et des tractions mécaniques, des stimulations sont créées au niveau des fascias pour parvenir à un allongement de ces derniers ou à une élimination des adhérences et

donc à une différenciation des couches. Ces pressions et tractions doivent être exercées en prenant en compte l'aspect tridimensionnel des récipients que sont les fascias.

À titre d'illustration, l'image suivante peut être donnée: un large élastique est placé autour d'une orange molle. Si l'on veut allonger cet élastique ou l'enlever de l'orange, il ne faut pas seulement exercer une pression ou une traction, sinon, l'orange pourrait être écrasée. Il faut au contraire tirer ou pousser l'élastique en prenant la forme de l'orange en considération. Cette image est une simplification car l'élastique n'est pas un tissu vivant. Au cours du travail avec les fascias, les possibilités et les limites de ces tissus vivants doivent être prises en compte constamment. Les réactions subtiles détectées par l'intermédiaire de la manipulation donnent également des informations au/à la thérapeute sur les processus psychobiologiques qui ont lieu dans le corps du/de la client(e). En effet, des souvenirs concernant certains événements comme les accidents ou des sujets psychologiques peuvent avoir influencé les tissus et être de nouveau abordés par la manipulation. L'accompagnement emphatique de ce processus par le/la thérapeute avec des questions ouvertes et une restitution des informations perçues peut initier un processus évolutif profond.

### 6.3 Travail fonctionnel et entraînement aux mouvements

Outre le travail sur la structure, l'entraînement aux mouvements du/de la client(e) par le/la thérapeute représente une autre intervention importante. Un mouvement est économique lorsqu'une faible quantité d'énergie est utilisée pour le mener à bien. La gestion de l'énergie peut être considérée de manière subjective ou purement physique. Ces deux approches interagissent l'une avec l'autre. Si un mouvement est économique, une sensation subjective de fluidité, également perceptible de l'extérieur, apparaît. Cette situation conduit souvent à un sentiment d'augmentation de l'énergie vitale et exerce un effet positif sur le bien-être physique, mental et social de la personne concernée.

Dans le modèle de l'intégration structurale, chaque mouvement économique commence avec un relâchement des antagonistes avant la contraction des agonistes. Ainsi par exemple, pour une contraction économique du biceps (agoniste), le triceps (antagoniste) doit se relâcher en premier. Ce relâchement sélectif des muscles antagonistes est perçu et induit différemment en fonction des individus. Souvent, le/la client(e) n'a pas conscience de ces interactions. Cette prise de conscience a lieu grâce au soutien du/de la thérapeute sous la forme d'un entraînement à la perception, à des exercices ciblés ou à la mise à disposition d'images concrètes. La relaxation physique qui s'ensuit peut conduire à une augmentation du bien-être global. La nouvelle qualité de mouvement est dirigée en premier lieu par la propre perception interne du/de la client(e) et non par des images extérieures.

Les mouvements types de préparation appelés «prémouvements» jouent pour le/la thérapeute un rôle crucial lors de la distinction des déplacements physiques. Ces prémouvements décident entre autres de la manière dont les séquences de mouvements sont effectuées. La question centrale du point de vue de l'intégration structurale est la suivante: la préparation aux mouvements est-elle initiée par des contractions ou des relâchements? En d'autres termes: l'antagoniste peut-il se relâcher avant la contraction de l'agoniste ou cette dernière est-elle prioritaire? La manière dont chaque corps répond à cette question par ses habitudes de mouvement dépend entre autres de l'orientation possible du/de la client(e) vers l'intérieur et l'extérieur. Quel est le niveau de perception du/de la client(e) envers ses propres habitudes de

mouvement? Comment le/la client(e) réagit-il/elle à son environnement caractérisé par de nombreuses variables comme la température, la lumière, le bruit, etc. La gravité constitue ici une constante physique qui agit continuellement et régulièrement sur l'organisme humain, dans toutes les situations de la vie. Par exemple, des malpositions ainsi que des postures ou des mouvements d'évitement de la douleur peuvent être renforcés par l'attraction terrestre et causer

des tensions ainsi qu'une limitation de la liberté de mouvement. En cas de persistance durable des altérations, ce comportement est intégré dans les habitudes de mouvement répétées de manière routinière en raison des tensions relatives dans le réseau de fascias, et ce généralement sans même que le/la client(e) s'en aperçoive. Cette locomotion routinière est analysée et optimisée avec le/la client(e). La perception de soi et la responsabilité individuelle du/de la client(e) jouent ici un rôle important.

Le travail sur les sens du/de la client(e) est un instrument clé pour l'évolution dans les mouvements. Chaque personne privilégie sans le savoir un ou plusieurs sens. Les autres sens sont donc relégués en arrière-plan. Ainsi, une préférence envers la perception visuelle ou acoustique peut entraîner des tensions dans les fascias qui seraient différentes en cas de perception plutôt tactile. Au cours de l'intégration structurale, le/la thérapeute travaille donc en premier lieu avec le sens le plus accessible pour son/sa client(e) afin d'encourager les processus d'évolution au niveau des habitudes locomotrices. Des images, des contacts ou des sons peuvent alors être utilisés en tant qu'instruments. Une personne qui s'oriente principalement avec son ouïe tiendra sa tête différemment lors de la marche qu'une autre qui base son orientation surtout sur la vue. Une orientation tactile peut conduire à une utilisation des pieds lors de la marche différente de celle qui est induite par la vue. Dans ce dernier cas, le/la client(e) se focalisera probablement plus sur le port de tête que sur l'utilisation des pieds. L'utilisation différente des sens exerce donc une influence directe sur les fascias dans le corps. Si la focalisation est modifiée et élargie de manière ciblée par le/la thérapeute, les fascias sont également soumis à un changement.

Outre le travail sur la perception et l'attention, le/la thérapeute induit, via la manipulation de la structure corporelle, des mouvements du/de la client(e) en position couchée, assise ou debout afin de stimuler la différenciation et l'allongement des couches de fascias ainsi que la perception du corps par le/la client(e).

Le travail fonctionnel au cours de l'intégration structurale permet au/à la client(e) de découvrir une nouvelle qualité de mouvements. Les tensions internes et externes dans le corps peuvent être perçues et distinguées les unes des autres. Cette confiance en son propre corps et ses possibilités de mouvement aide le/la client(e) à reconnaître et interpréter les signaux corporels. De tels signaux peuvent être interprétés par le/la client(e) au niveau physique, mental, psychique ou social.

### **6.4 Travail psychobiologique et entraînement à la perception**

Le corps en tant que manifestation physique de l'existence de l'être est également un lieu d'enregistrement des événements vécus par ce dernier. Les souvenirs et les sensations de nature physique et psychique se retrouvent dans le corps. Ils sont véritablement «archivés» dans les tissus. Le corps n'est donc pas simplement l'expression de faits somatiques, il est aussi le miroir de la vie intérieure. Chaque thérapie manuelle doit intégrer cet aspect propre au/à la



client(e) dans le travail et lui accorder une attention toute particulière. En effet, le contact physique direct peut permettre un accès à des événements enregistrés, des souvenirs et des sentiments associés. L'intégration structurale étant un accompagnement centré sur le corps, il est particulièrement important que le/la thérapeute soutienne avec attention le/la client(e) dans le processus visant à mettre en relation des sensations physiques et des souvenirs psychiques. Il/elle doit également lui expliquer les tenants et les aboutissants de cette évolution. L'interprétation des relations revient toujours au/à la client(e).

Certaines malpositions ou postures d'échappement peuvent être tellement renforcées par la gravité que les contractions induites conduisent à une diminution de la vitalité et ainsi à une altération du bien-être psychique. L'acquisition de nouvelles postures et de nouvelles habitudes de mouvement via l'approfondissement de la prise de conscience par le/ la client(e) de ces malpositions représente un aspect important du travail lors de l'intégration structurale. La mission prioritaire du/de la thérapeute dans ce domaine est d'apprendre au/à la client(e) à développer sa perception des relations entre le corps et l'esprit et de lui offrir de nouvelles options pour faire face aux sensations physiques. Dans le cas idéal, la perception et le ressenti de phénomènes connus peut changer. Le/la thérapeute peut accompagner cette évolution en posant des questions ouvertes au/à la client(e) et en l'encourageant à se concentrer sur la perception.

## 6.5 Le concept de la série de base de dix séances

L'intégration structurale repose sur une série de base de dix séances. Cette série sert aussi bien au/à la client(e) qu'au/à la thérapeute pour s'orienter dans le processus évolutif et représente un guide permettant de garder une vue d'ensemble du corps et de la personne dans sa globalité pendant une assez longue période.

### 6.5.1 Points communs des dix séances

#### **Avant le début de la séance**

Au début de chaque séance, une anamnèse complète est réalisée avec les outils décrits au chapitre 5 que sont le body reading et la palpation. L'objectif est d'examiner avec le/la client(e) les changements qui ont eu lieu entre les séances et de discuter de la modification de l'effet de la gravité sur le corps et de la perception ou des habitudes de mouvement.

#### **Déroulement des séances**

Le déroulement de chaque séance se base surtout sur les zones et les questions décrites en 4.2 et 6.5.2. Le nombre de séances nécessaires pour une zone donnée peut varier. De même, deux groupes de questions peuvent éventuellement être traités pendant la même séance. Le déroulement exact de chaque session s'oriente d'abord en fonction du/de la client(e), puis en fonction de l'avancée du processus d'intégration et des éléments susceptibles d'aider au mieux le/la client(e) à ce moment précis. Outre le déroulement des séances, les intervalles entre ces dernières peuvent varier. En fonction du/de la client(e), ces intervalles peuvent aller de plusieurs semaines à un mois. Les facteurs pris en compte ici sont la qualité tissulaire ainsi que la capacité de perception du/de la client(e), sa situation de vie personnelle et la progression de l'évolution. L'organisation thérapeutique optimale est obtenue en collaboration étroite entre le/la thérapeute et son/sa client(e).



### **Travail structurel, fonctionnel et psychobiologique**

Chaque session se compose d'un travail structurel (manipulation manuelle des fascias), d'un travail fonctionnel (entraînement aux mouvements) et d'un travail psychobiologique (entraînement à la perception). Les interventions structurelles sont toujours accompagnées d'un échange verbal direct avec le/la client(e) sur ses sensations actuelles concernant la qualité du contact et les associations éventuelles au niveau corporel, mental ou psychique déclenchées par ce dernier. Ces associations sont toujours mises en relation avec le processus thérapeutique global et les objectifs déterminés conjointement avec le/la client(e). C'est le/la client(e) et lui/elle seul(e) qui est à même de savoir à quels moments de sa vie le ressenti actuel fait référence. Le/la thérapeute encourage ce processus interprétatif en posant des questions ouvertes et reflète les avancées en faisant part de ses propres observations au niveau structurel, fonctionnel et/ou psychobiologique. Chaque séance va dans le sens du rapprochement vers le schéma «idéal», à savoir un redressement sans effort dans le contexte gravitationnel. De même, les habitudes de mouvement sont analysées, interprétées et retravaillées avec le/la client(e) à chaque session.

Au cours des séances, le/la client(e) est couché(e) sur la table, assis(e), debout ou se déplace librement dans la pièce. La position choisie est différente en fonction des individus et dépend des objectifs et des possibilités physiques du/de la client(e).

### **6.5.2 Les dix séances et leur contenu**

#### **Définition de certains termes**

La description des séances ci-dessous est générale et sert d'exemple. En réalité, les sessions sont organisées individuellement en fonction du/de la client(e). Dans cette description, les termes suivants sont utilisés. Ils permettent de comprendre la question abordée au cours de chaque séance.

1. Structure:

- Fascias et leur contenu comme les os, les muscles ou d'autres organes
- Ligaments et tendons et leur intégration
- Biomécanique des articulations

2. Fonction:

- Perception de la coordination
- Observation de la structure en mouvement

3. Psychobiologie:

- Perception interne et externe
- Émotions/souvenirs enregistrés dans les tissus

### **1<sup>re</sup> séance: respiration complète**

Question centrale: comment la structure de la ceinture scapulaire et pelvienne influence-t-elle la respiration?

Au niveau structurel:

- Ouverture de la ceinture scapulaire grâce à l'élargissement de la respiration
- Libérer et décompresser le bassin, l'un des points clés de l'intégration structurale, en élargissant la respiration

Au niveau fonctionnel:

- Libérer la respiration, l'un des points clés dans le corps pour les mouvements
- Mouvements du bassin pour soutenir l'axe horizontal des hanches
- Prise de conscience des mouvements des côtes et des bras

Au niveau psychobiologique

- Établir une relation avec le/la client(e) au cours d'un premier contact
- Attirer l'attention du/de la client(e) sur la structure et le mouvement
- Faire connaissance avec le/la client(e) et comprendre ses objectifs

### **2<sup>e</sup> séance: relation avec le sol**

Question centrale: comment le corps est-il soutenu par les pieds et les jambes?

Au niveau structurel:

- Optimisation de l'organisation des pieds et des jambes (par ex. équilibrage des rotations), afin que le poids du corps puisse être porté aussi verticalement que possible et que la charge puisse être reprise par le sol via les pieds
- Initiation de l'horizontalité du bassin à partir des pieds

Au niveau fonctionnel:

- Déroulement du pied en fonction du déplacement du poids du corps- Activation des chevilles et capacité d'«enfouissement» des pieds dans le sol
- Renforcer l'expérience du soutien par le sol
- Que signifie pour le/la cliente «s'enfoncer» dans le sol et le repousser à chaque pas?

### **3<sup>e</sup> séance: longueur du corps**

Question centrale: comment obtenir un allongement du corps et donc une décompression des oscillations de la colonne vertébrale?

Au niveau structurel:

- Compréhension physique des lignes corporelles latérales en tant que résultat de la relation entre la face avant et la face arrière du corps

Au niveau fonctionnel:

- Trouver un équilibre lors de l'orientation entre l'espace (en haut) et le sol (en bas)

Au niveau psychobiologique

- Expérience de l'enveloppe libre du corps et coordination de la respiration
- Expérience de l'équilibre et de l'espace en 3D dans les tissus et la respiration
- Expérience des relations avec autrui (réactions physiques aux autres personnes en relation avec les sensations psychiques, mentales et sociales)

#### **4<sup>e</sup> séance: ouverture dans le plancher pelvien**

Question centrale: comment soutenir l'axe central avec la face interne des jambes et le plancher pelvien?

Au niveau structurel:

- Organisation de l'axe interne pour aider le/la client(e) à se redresser
- Ouverture/libération du plancher pelvien afin de permettre aux mouvements de passer des pieds jusqu'à la nuque via le bassin
- Établissement d'une relation pieds-LDH (Lumbar Dorsal Hinch)-nuque

Au niveau fonctionnel:

- Équilibre des abducteurs et des adducteurs en mouvement
- Perception de la fonction distale du psoas dans le mouvement
- Perception de la relation entre les pieds, le bassin et la région lombaire

Au niveau psychobiologique:

- Découverte de la perception de l'espace interne et relation avec le monde des sensations intérieures
- Transmission du mouvement dans le corps, soutien par le sol et l'espace

#### **5<sup>e</sup> séance: redressement interne**

Question centrale: comment la face avant du corps peut-elle soutenir le redressement interne?

Au niveau structurel:

- Agencement du thorax
- Équilibre de l'ilio-psoas, du carré des lombes, de la douzième vertèbre, des abdominaux et du plancher pelvien

Au niveau fonctionnel:

- L'être humain en marche: perception et sensation de la nouvelle coordination dans le bassin (entre autres, extension dans les hanches, repoussement par le pied)
- Perception du grand dorsal, du dentelé antérieur et des rhomboïdes en mouvement

Au niveau psychobiologique:

- Approfondissement de la perception du propre moi chez le/la client(e)

#### **6<sup>e</sup> séance: laisser le dos respirer**

Question centrale: comment la face arrière du corps peut-elle soutenir le redressement interne?

Au niveau structurel:

- Poursuite de la mise à l'horizontale du bassin en libérant le sacrum et la colonne vertébrale

Au niveau fonctionnel:

- Perception du mouvement à partir du et à travers le milieu du corps
- Perception et équilibre des grands muscles dorsaux

Au niveau psychobiologique:

- Perception de la manière dont le/la client(e) peut remplir son espace intérieur et ce que ce dernier représente pour lui/elle

### **7<sup>e</sup> séance: libérer la tête**

Question centrale: comment la tête et la nuque peuvent-elles absorber et intégrer les modifications dans le corps?

Au niveau structurel:

- Alignement de la tête et de la nuque sur la nouvelle organisation des jambes, du bassin, de la région lombaire et de la cage thoracique

Au niveau fonctionnel:

- Perception de l'orientation de la tête
- Introspection de l'équilibre de la tête

Au niveau psychobiologique:

- Découverte de l'axe central (centre du corps) avec ses manifestations structurelles, fonctionnelles et psychiques

**8<sup>e</sup>/9<sup>e</sup> et 10<sup>e</sup> séance: intégration des modifications** dans tous les segments corporels ainsi que travail dans les zones n'ayant pas encore adapté les modifications.

Au niveau structurel:

- Poursuite de la mise à l'horizontale du bassin en établissant une relation globale entre les différents segments corporels, au niveau tissulaire et articulaire
- Congruence des angles articulaires et coordination des différents segments corporels

Au niveau fonctionnel:

- Flexion, étirement et rotation de la colonne vertébrale
- Coordination controlatérale au niveau de la ceinture scapulaire, de la colonne vertébrale et de la ceinture pelvienne

Au niveau psychobiologique:

- Perception simultanée de la stabilité et de la flexibilité
- Comment le/la client(e) se sent «ici et maintenant»?

Il est essentiel pour l'intégration structurale que les processus engagés pendant les séances soient compréhensibles pour le/la client(e). Ce dernier/cette dernière peut ainsi, avec l'aide du/de la thérapeute, établir pas à pas une nouvelle relation avec son propre corps et redéfinir les interactions de celui-ci avec le monde extérieur. Dans ce processus d'autorégulation accompagné par le/la thérapeute, les client(e)s remarquent souvent chez eux/elles une amélioration de l'aptitude à gérer les perturbations comme la douleur, le stress ou l'obligation de performances.

Après la première série complète de séances de traitement, qui peut s'étendre sur une période allant de quelques mois à plus d'un an, une pause de plusieurs mois est en général indiquée. Pendant ce temps, le corps continue de travailler tout seul et intègre à sa manière les informations reçues. Le/la client(e) dispose alors de nombreux outils pour l'aider à écouter son corps et à percevoir les perturbations d'une manière nouvelle grâce à une vigilance, à une coordination et à des mouvements conscients. Il/elle pourra alors identifier lui/elle-même ces troubles et, le cas échéant, les corriger. Le/la client(e) décide en fonction de sa propre perception du moment opportun pour des séances supplémentaires afin de bénéficier d'une aide dans son évolution personnelle. Les thèmes abordés au cours de ces sessions supplémentaires ne suivent plus la série de base et sont fixées ensemble à chaque fois, tout comme le nombre de séances et l'intervalle entre celles-ci.

## 7. Limites de la méthode/contre-indications

- Cancer: en cas de risque de favorisation de la propagation des métastases via le système lymphatique.
- Inflammation sévère du tissu des fascias: les inflammations peuvent être renforcées par la manipulation.
- Ostéoporose: la prudence s'impose en cas d'ostéoporose sévère.

## 8. Limites des compétences du/de la thérapeute

Elles sont identiques à celles qui sont décrit dans le profil professionnels du / da la thérapeute complémentaire.

## 9. Qualifications spécifiques nécessaires pour appliquer la méthode

<b>Connaissances</b>	
<b>Anatomie et physiologie:</b>	Connaissances de l'anatomie et de la physiologie de l'appareil locomoteur du point de vue de l'intégration structurale (par ex. importance et fonction des fascias et leurs effets sur le corps humain, importance de la musculature locomotrice et stabilisatrice)
	<b>Système myofascial et membraneux</b>
	Biomécanique du point de vue de l'intégration structurale
	Connaissances de base en neurophysiologie de la coordination (par ex. récepteurs, niveaux de perception)
<b>Effet de la gravité sur le corps humain:</b>	Lois de la physique gravitationnelle, masse, loi du levier, forces de rotation
	Différents modèles théoriques concernant l'effet de la gravité sur le corps humain
<b>Modèle théorique de base composé de dix séances d'intégration structurale:</b>	Zones et relations structurelles, fonctionnelles et psychobiologiques dans la série de base
	Taxonomie de l'intégration structurale
	Théorie concernant la qualité du contact en intégration structurale
	Principes pour la mise en place d'une stratégie de travail (plan de

### METID Intégration structurale

	travail pour une séance) et questions relatives
<b>Théories du mouvement:</b>	Mouvement «Normal Function» selon le Dr Hans Flury (selon lequel les mouvements sont induits par un relâchement des antagonistes)
	Mouvement «Tonic Function» selon Hubert Godard (selon lequel l'orientation visuelle, auditive ou kinesthésique influence le mouvement; la situation mentale, psychique et sociale influence les habitudes de mouvement)
	Différentes méthodes de mouvement comme le yoga, Pilates etc. du point de vue de l'intégration structurale
	Connaissances de base pour enseigner le mouvement en cours particulier (méthode, didactique)
<b>Réflexion sur soi-même et processus thérapeutique:</b>	Connaître et comprendre ses propres habitudes de mouvement
	Connaître et comprendre ses propres capacités pour accompagner le/la client(e) dans son processus évolutif
	Connaître et comprendre la dynamique de la relation entre le/la client(e) et le/la thérapeute

<b>Qualifications</b>	
Techniques anamnétiques:	Body reading: reconnaître et interpréter l'effet de la force gravitationnelle sur le corps humain avec ses différents segments, en position debout et en mouvement
	Reconnaître et interpréter la différence entre la structure et la posture
	Reconnaître visuellement et interpréter les déséquilibres corporels
	Connaître la relation entre les différents segments corporels, avec et sans mouvements
	Être capable d'utiliser des techniques de palpation
<b>Qualifications structurelles:</b>	Être capable de réaliser de manière fiable des tests structurels et fonctionnels en relation avec chaque séance et différentes palpations
	Pouvoir ressentir les différentes couches de fascias et évaluer leurs caractéristiques (par ex. molles, dures, élastiques)

METID Intégration structurale

	Être capable de ressentir les limites du tissu conjonctif (par ex. absence de mouvement et d'élasticité)
	Être capable de réaliser des palpations de nature différente et de manière fiable
<b>Qualifications fonctionnelles:</b>	Pouvoir analyser les habitudes de mouvement et les mettre en relation avec la structure corporelle
	Être en mesure de reconnaître les habitudes de mouvement dans le contexte gravitationnel ainsi que l'orientation et d'imaginer des stratégies locomotrices alternatives
	Pouvoir utiliser et expliquer le mouvement du point de vue de l'intégration structurale au cours du traitement
	Savoir utiliser le principe «Normal Function» selon le Dr Hans Flury (selon lequel les mouvements sont induits par un relâchement des antagonistes), pouvoir l'expliquer au/à la client(e) et l'appliquer soi-même
	Pouvoir utiliser le principe «Tonic Function» selon Hubert Godard (selon lequel l'orientation visuelle, auditive ou kinesthésique influence le mouvement; la situation mentale, psychique et sociale influence les habitudes de mouvement) avec le /la client(e)
<b>Qualifications psychobiologiques:</b>	Pouvoir forger une passerelle entre les sentiments et le ressenti physique du/de la client(e)
	Être capable d'enseigner la perception au/à la client(e) grâce à des questions ouvertes
<b>Série de base de dix séances:</b>	Développement d'une stratégie de traitement, détermination des intervalles entre les sessions, définition de la thématique et des questions abordées lors de ces dernières, importance relative de la manipulation, des mouvements et des entretiens
	Discussion sur les intervalles entre les séances et le déroulement de ces dernières avec le/la client(e)
<b>«Body use»:</b>	Utilisation économique de son propre corps lors du travail thérapeutique
<b>Processus thérapeutique:</b>	Poser des questions ouvertes
	Mener des entretiens visant à appréhender le feedback du/de la client(e)
	Prise en compte minutieuse des limites du/de la client(e)

**METID Intégration structurale**

	Soutien individuel du/de la client(e)
	Attitude tournée vers une favorisation du processus
	Soutien du processus d'autoguérison
	Connaître et favoriser la dynamique de la relation thérapeutique
	Stratégies permettant de se distinguer en tant que thérapeute du/de la client(e)
	Trouver, grâce au dialogue, l'équilibre adéquat entre les composantes structurelles, fonctionnelles et psychobiologiques du travail thérapeutique

<b>Attitude</b>	
<b>Le/la thérapeute</b>	respecte les valeurs, les points de vue et les droits de son/de sa client(e),
	respecte les limites corporelles, psychiques, mentales et sociales de son/sa client(e),
	détermine les objectifs thérapeutiques ensemble avec son/sa client(e),
	ne réalise des interventions qu'en accord avec son/sa client(e),
	implique activement son/sa client(e) dans le processus thérapeutique,
	explique la procédure à son/sa client(e) avec des termes compréhensibles par ce dernier/cette dernière,
	encourage le processus d'autoguérison en soutenant le/la client(e) dans l'amélioration,
	travaille continuellement à l'intégration de son propre corps,
	suit une formation continue permanente.



## 10. Positionnement

### 10.1 Relation avec les médecines alternatives et la médecine conventionnelle

Les thérapeutes travaillent en collaboration avec les professionnels de la médecine conventionnelle et des médecines alternatives. Chaque thérapeute a son propre réseau. En cas de questions dans le domaine de la médecine conventionnelle ou des médecines alternatives, les thérapeutes sont en mesure de s'exprimer dans le jargon spécifique à chaque discipline. Cette capacité favorise la collaboration pour le traitement en commun du/de la client(e).

### 10.2 Distinction de la méthode par rapport aux autres approches et professions

#### **Distinction: le rebalancing du point de vue de l'intégration structurale**

L'intégration Structurale a été développée dans les années 1940 par Mme Ida Rolf, qui s'appuyait sur les connaissances psychiques, physiques et psychosomatiques de l'époque concernant les thérapies manuelles et cinétiques. Le modèle de base de l'intégration structurale se construit sur l'effet de la pesanteur sur le corps humain. En dehors du travail structurel, on inclut les aspects fonctionnels et psychobiologiques. Les thèmes des 10 séances se basent sur les données anatomiques et physiques. Un objectif important dans l'application du Rebalancing est d'aider le client à prendre conscience à quel point la correction posturale est façonnée et influencée par la manière de voir (attitude interne) et les croyances.

Le Rebalancing est né dans un Ashram de l'indien Chandra Mohan Jain (Osho) en Pune en s'appuyant sur les idées d'intégration structurale d'Ida Rolf. Pendant la thérapie du Rebalancing les informations de la disposition interne ainsi que l'histoire du client représentent un facteur indicateur important pour décider comment entreprendre l'accompagnement, la thérapie d'intégration structurale s'oriente en premier lieu sur les données de l'effet de la pesanteur sur le corps et ces adaptations structurelles myofasciales. À la différence de Rebalancing, la série thérapeutique des séances d'intégration structurale, sert à percevoir systématiquement le système locomoteur dans son entier (voir 6.5) en respectant le désir individuel du/de la client/-e.

Une autre différence importante entre ces deux formes thérapeutiques se trouve dans la manière du toucher. L'intégration structurale travaille avec la propriétés hydrostatique du tissu alors que le toucher du Rebalancing cherche à mettre le/la client/-e en contact avec le « moi profond ». Il en résulte, qu'en appliquant la thérapie d'intégration structurale, on utilise pour accompagner les tissus faciales, hors des applications de pression, étirements et glissades commun avec le Rebalancing, une technique tactile qui permet d'influencer le système hydrostatique, incluant ses poches et son contenu (voir 6.2). Dans les deux formes thérapeutiques on travaille directement sur les tendons. L'Intégration Structurale se différencie du Rebalancing, en exerçant des mouvements précis actifs ou passifs du/de la client/-e, aide à soutenir le travail thérapeutique. Le travail en mouvement dans l'intégration structurale complète énormément le travail tissulaire. La formation de prise de conscience concernant des

habitudes fonctionnelles quotidiennes du/de la client/-e, aide le transfert d'intégration dans la vie quotidienne.

### **Distinction: l'ostéopathie du point de vue de l'intégration structurale**

L'intégration structurale s'oriente en fonction de la force gravitationnelle et s'adresse à l'ensemble de l'appareil locomoteur en intégrant les expériences mentales, psychiques et sociales du/de la client(e).

Dans l'intégration structurale, les relations et les interactions entre les différents segments corporels sont au centre du processus. L'intérêt thérapeutique ne porte pas sur la mobilité de chaque articulation prise isolément, mais sur la fluidité des mouvements du corps entier, le long de son axe central et dans le contexte de la gravité.

Le travail structurel est complété par des aspects fonctionnels et psychobiologiques importants. Le/la client(e) doit apprendre à se mouvoir, à percevoir son propre corps et doit comprendre le concept de séquence de mouvements économique. Une grande mobilité articulaire n'est pas automatiquement associée à une telle économie.

L'ostéopathie a été définie à l'origine comme une approche médicale manuelle globale dans laquelle la structure osseuse et sa mobilité sont décisives. Le terme «ostéopathie» vient du rôle important joué par les os pour l'effet thérapeutique. Du point de vue de l'intégration structurale, les os suivent les lignes de fascias. Leur mobilité est donc le résultat des tensions sur ces derniers sous l'action du tonus musculaire.

### **L'ostéopathie est basée sur cinq grands principes:**

- La vie est synonyme de mouvements. L'être humain est constitué par de la matière, un esprit et des mouvements.
- La structure gouverne la fonction et la fonction agit sur la structure.
- La loi de l'artère est suprême.
- Le corps se compose de différentes unités fonctionnelles qui agissent les unes sur les autres.
- Le corps est capable de s'autoréguler. Le système nerveux autonome se charge de la régulation, de l'harmonisation et de la coordination.

Partant de ces principes, l'ostéopathe travaille sur différents systèmes anatomiques: l'appareil musculosquelettique (ostéopathie pariétale), le système crânio-sacré (ostéopathie crânio-sacrée) et le système viscéral (ostéopathie viscérale), entre autres.

De plus, l'ostéopathie s'oriente en fonction de trois paramètres déterminants: la mobilité, la position et la motilité de la structure.

La différence fondamentale entre l'intégration structurale et l'ostéopathie réside dans l'objectif du traitement et l'utilisation des techniques de manipulation.

L'objectif de l'intégration structurale est la relation optimale entre le corps et la gravité. Cette relation est atteinte en dix séances grâce au body reading, à des pressions, des étirements, un contact physique avec les lignes de fascias (description au chapitre 6.2) et l'intégration de mouvements actifs et passifs, pendant et après le traitement. La relation globale entre les grandes couches de fascias se trouve au centre de l'attention.

L'objectif de l'ostéopathie est l'obtention d'un corps mobile et capable de s'autoréguler grâce à une analyse structurale et fonctionnelle (innombrables tests de mobilité et de motilité), des techniques d'impulsion rythmique, des recoils, des techniques fonctionnelles et des massages des tissus mous. L'ostéopathie travaille en détail sur des relations parfois presque microscopiques à l'intérieur du corps.

## 11. Importance et articulation des différents modules d'enseignement lors de la formation du praticien

### Heures dédiées aux différents domaines thématiques

Contenu	Heures d'enseignement (à 60 min)
<b>Travail structurel (contact physique)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contact/touch</li> <li>▪ Techniques manuelles</li> <li>▪ Palpation</li> <li>▪ Identification des différents types et couches tissulaires</li> <li>▪ Travail pratique sur le tissu conjonctif</li> </ul>	129 h
<b>Travail fonctionnel (mouvements)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Habitudes de mouvement dans le contexte de la gravité et orientation</li> <li>▪ Bases neurophysiologiques de la coordination</li> <li>▪ Analyse des habitudes de mouvement et relation avec la structure corporelle</li> <li>▪ Dynamique de la respiration</li> <li>▪ Dynamique de la posture corporelle</li> </ul>	80 h
<b>Travail psychobiologique (entraînement à la perception)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intégration du travail corporel dans la thématique psychique, mentale et sociale propre aux client(e)s</li> <li>▪ Mouvement et expression</li> <li>▪ Connaissances sur la relation thérapeutique</li> </ul>	50 h
<b>Théorie et contenu de chaque séance/session</b> <b>1<sup>ère</sup> séance: respiration complète</b> Question centrale: comment la structure de la ceinture scapulaire et pelvienne influence-t-elle la respiration?  <b>2<sup>e</sup> séance: relation avec le sol</b> Question centrale: comment le corps est-il soutenu par les pieds et les jambes?  <b>3<sup>e</sup> séance: longueur du corps</b> Question centrale: comment obtenir un allongement du corps et donc une atténuation de la courbure de la colonne vertébrale?  <b>4<sup>e</sup> séance: ouverture dans le plancher pelvien</b> Question centrale: comment soutenir l'axe central avec la face interne des	140 h

METID Intégration structurale

<p>jambes et le plancher pelvien?</p> <p><b>5<sup>e</sup> séance: redressement interne</b> Question centrale: comment la face avant du corps peut-elle soutenir le redressement interne?</p> <p><b>6<sup>e</sup> séance: laisser le dos respirer</b> Question centrale: comment la face arrière du corps peut-elle soutenir le redressement interne?</p> <p><b>7<sup>e</sup> séance: libérer la tête</b> Question centrale: comment la tête et la nuque peuvent-elles absorber et intégrer les modifications dans le corps?</p> <p><b>8<sup>e</sup>/9<sup>e</sup> et 10<sup>e</sup> séance: intégration des modifications</b> dans tous les segments corporels ainsi que travail dans les zones n'ayant pas encore adapté les modifications.</p>	
Apprentissage pratique des dix séances avec les client(e)s sous la direction de l'enseignant(e) et de l'assistant(e)	67 h
Conception d'un plan de traitement	50 h
Analyse corporelle: Body reading sur sujet en mouvement ou non	20 h
Système myofascial/conjonctif, biomécanique	30 h
Tests structurels et fonctionnels de base	20 h
Contre-indications	3 h
Problématiques structurelles particulières	20 h
<b>Nombre d'heures d'enseignement</b>	<b>609 h</b>
<b>Nombre d'heures d'étude autonome</b>	<b>1200 h</b>
<b>Durée totale de la formation</b>	<b>1809 h</b>

## 12. Annexes

### Littérature

#### Journal spécialisé sur la méthode

Structural Integration (anciennement Rolf Lines), publié depuis 1969 deux à trois fois par an, avec des articles dans le domaine de l'intégration structurale

#### Livres (sélection)

Bond M. The New Rules of Posture: How to Sit, Stand, and Move in the Modern World, Healing Arts Press, Rochester 2007

Brecklinghaus HG. 2002. Rolfing – Structural Integration: what it achieves, how it works and whom it helps. Freiburg im Breisgau: Lebenshaus Verlag.

Brecklinghaus HG. 2012. Rolfing – Structural Integration for children and young people. Freiburg im Breisgau: Lebenshaus Verlag.

Feitis R, Schultz L. 1996 (Hrsg). Remembering Ida Rolf. Berkley (California, USA): North Atlantic Books. 237 S.

Flury H (Hrsg). 1987-1993. Notes on Structural Integration. Zürich: im Selbstverlag.

Flury H. 1995. Die neue Leichtigkeit des Körpers. München: dtv ratgeber.

Myers TM. 2013. Anatomy Trains (3. Aufl.). London ua.: Churchill Livingstone/Elsevier.

Ritter H. 2012. Rolfing – Strukturelle Integration. München: noema Verlag.

Rolf IP. 1978. About Rolfing and Physical Reality. Rolf Institute, Boulder (CO, USA).

Rolf IP. 1990. Rolfing - Reestablishing the Natural Alignment and Structural Integration of the Human Body for Vitality and Well-Being. Rochester (Vermont, USA): Healing Arts Press.

Schwind P (Hrsg). 1989. Ida Rolf 1896- Strukturelle Integration: Wandel und Gleichgewicht der Körperstruktur. München: Hugendubel.

Schwind P, Godard H. 2001. Alles im Lot: Eine Einführung in die Rolfing Methode. Kreuzlingen: Hugendubel.

Schwind P. 2006. Fascial and membrane technique: a manual for comprehensive treatment of the connective tissue system. Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier.

#### Articles (sélection)

Barker PJ et al. *Effects of tensioning the lumbar fascia on segmental stiffness during flexion and extension.* Spine 2006; 31:397-405.

- Chaudhry H, Huang C, Schleip R, Ji Z, Bukiet B, Findley T. *Viscoelastic behavior of human fasciae under extension in manual therapy*. Journal of Bodywork and Movement Therapies, 11(2):159-167, Apr 2007.
- Chaudhry HR, Schleip R, Ji Z, Bukiet B, Maney M, Findley TW. *Three-dimensional mathematical model for deformation of human fasciae in manual therapy*. Journal of American Osteopathic Association, 2008. 108(8):379-390.
- Cottingham J, Porges SW, Lyon T. *Effects of soft tissue mobilization (Rolfing pelvic lift) on parasympathetic tone in two age groups*. Physical Therapy, 68:352-356, 1988.
- Cottingham J. *Shifts in pelvic inclination angle and parasympathetic tone produced by Rolfing soft tissue manipulation*. Physical Therapy, 68:1364-1370, 1988.
- Cottingham JT. *Effects of soft tissue mobilization on pelvic inclination angle, lumbar lordosis, and parasympathetic tone: Implications for treatment of disabilities associated with lumbar degenerative joint disease*. - Public testimony presentation to the National Center of Medical Rehabilitation Research of the National Institute of Health, Bethesda, MD; March 19, 1992. Rolf Lines 20(2):42-45, 1992.
- Deutsch JE, Derr L, Judd P, DeMasi I, Reuven B. *Outcomes of Structural Integration applied to patients with different diagnosis: A retrospective review*. Proceedings of the XIV International World Congress of Physical Therapy, Barcelona, 2003.
- Deutsch JE, Judd P, DeMassi I.. *Structural Integration applied to patients with a primary neurologic diagnosis: two case studies*. Neurology Report 21(5):161-162, 1997.
- Dölken M. *Was muss ein Manualtherapeut über die Physiologie des Bindegewebes und die Entwicklung einer Bewegungseinschränkung wissen?* Manuelle Medizin 2002; 40:169-176.
- Findley TW et al. *Improvement in balance with Structural Integration (Rolfing): A controlled case series in persons with myofascial pain*. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 85(9):e34, 2004.
- Heymann Wv, Böhni U, Locher H. *Grundlagenforschung trifft Manualmedizin*. Manuelle Medizin 2005; 43:385-39.
- Huijing PA. *Muscular force transmission necessitates a multilevel integrative approach to the analysis of function of skeletal muscle*. Exerc Sport Sci Rev 2003; 31:167-175.
- Hunt V, Massey W. *Electromyographic evaluation of Structural Integration techniques*. Psychoenergetic Systems 2:199-210, 1977.
- Hunt VV, Massey W, Weinberg R, Bruyere R, Hahn PM. *A study of Structural Integration from neuromuscular, energy field & emotional approaches*. Research Report submitted to Rolf Institute, UCLA Dept. of Kinesiology, 1977.

- James H et al. *Rolfing structural integration treatment of cervical spine dysfunction*. Journal of Bodywork and Movement Therapies. Article in press, accepted 1 July 2008.
- Perry J, Jones MH, Thomas L. *Functional evaluation of Rolfing in cerebral palsy*. Developmental Medicine and Child Neurology 23(6):717-729, 1981.
- Pratt TC. *Psychological effects of Structural Integration*. Psychological Reports, 35(2):856, 1974.
- Schleip R et al. Letter to the Editor concerning "A hypothesis of chronic back pain: ligament subfailure injuries lead to muscle control dysfunction" (M. Panjabi). European Spine Journal 2007; 16:1733-1735.
- Schleip R, Klingler W, Lehmann-Horn F. *Active fascial contractility: Fascia may be able to contract in a smooth muscle-like manner and thereby influence musculoskeletal dynamics*. Medical Hypotheses 65(2):273-277, 2005.
- Schleip R, Naylor IL, Ursu D, Melzer W, Zorn A, Wilke HJ, Lehmann-Horn F, Klingler W. *Passive muscle stiffness may be influenced by active contractility of intramuscular connective tissue*. Medical Hypotheses 66(1):66-71, 2006.
- Schleip R. *Fascial plasticity - a new neurobiological explanation: Part 1*. Journal of Bodywork and Movement Therapies, 7(1):11-19, 2003.
- Schleip R. *Fascial plasticity - a new neurobiological explanation: Part 2*. Journal of Bodywork and Movement Therapies, 7(2):104-116, 2003.
- Silverman J et al. *Stress, stimulus intensity control, and the structural integration technique*. Confinia Psychiatrica 16(3):201-19, 1973.
- Talty CM, DeMasi I, Deutsch JE. *Structural Integration applied to patients with chronic fatigue syndrome: a retrospective chart review*. Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy, 27(1):83, 1998.
- Tesarz J, Tachuchi T, Mense S. *Die Fascia thoracolumbalis als potentielle Ursache für Rückenschmerzen*. Manuelle Medizin 2008; 46:259.
- Threlkeld AJ. *The effects of manual therapy on connective tissue*. Physical Therapy 1992; 72: 893-902.
- Weinberg RS, Hunt VV. *Effects of structural integration on state-trait anxiety*. Journal of Clinical Psychology, 35(2):319-22, 1979.
- Zorn A et al. *The spring-like function of the lumbar fascia in human walking*. In: Findley TW, Schleip R, Hrsg. Fascia research - basic science and implications for vonventional and complementary health care. München: Elsevier; 2007:188.