

# **Methodenidentifikation METID**

## **FASZIENTHERAPIE**

# Inhalt

<b>1. Methodenbezeichnung .....</b>	<b>5</b>
<b>2. Kurzbeschreibung der Methode .....</b>	<b>5</b>
<b>3. Geschichte, Philosophie und Verbreitung.....</b>	<b>7</b>
<b>3.1. Chronologischer Überblick .....</b>	<b>7</b>
<b>3.2. Philosophie.....</b>	<b>9</b>
3.2.1. Menschenbild .....	9
3.2.2. Das Sensible: Eine spezifische Art der Wahrnehmung in der Faszientherapie	10
3.2.3. Gesundheitsverständnis .....	10
<b>4. Theoretische Grundmodelle .....</b>	<b>11</b>
<b>4.1. Die Innere Bewegung.....</b>	<b>11</b>
<b>4.2. Die Faszien.....</b>	<b>12</b>
4.2.1. Das Kontinuum der Faszien .....	12
4.2.2. Die Faszie, ein empfindsames Gewebe .....	12
4.2.3. Die Faszie, ein plastisches Gewebe .....	12
4.2.4. Die Faszie, ein Gewebe mit Gedächtnis .....	13
<b>4.3. Der Stützpunkt und der Psychotonus .....</b>	<b>13</b>
<b>4.4. Die Beziehungsberührung .....</b>	<b>14</b>
<b>4.5. Die sensorische Biomechanik .....</b>	<b>15</b>
<b>4.6. Die perzeptiv-kognitive Veränderbarkeit .....</b>	<b>15</b>
<b>4.7. Die Prozessspirale der Beziehung zum Sensiblen.....</b>	<b>16</b>
<b>4.8. Die informative Direktivität .....</b>	<b>17</b>
<b>4.9. Die aktuierende Reziprozität.....</b>	<b>18</b>

## **5. Formen der Befunderhebung ..... 20**

5.1. Das Anamnesegespräch ..... 20

5.2. Die manuelle Befunderhebung ..... 20

5.3. Befunderhebung des Bewegungsverhaltens..... 20

5.4. Befunderhebung der Wahrnehmungsfähigkeiten..... 21

5.5. Befunderhebung am Ende der Therapiesitzung ..... 21

5.6. Befunderhebung am Anfang der folgenden Therapiesitzung ..... 21

## **6. Therapeutische Konzepte ..... 23**

6.1. Ziele der Faszientherapie ..... 23

6.1.1. Anregung der körpereigenen Regulationskräfte ..... 23

6.1.2. Mobilisation und Lösen der Faszienspannungen ..... 23

6.1.3. Steigerung der Wahrnehmungsfähigkeit..... 23

6.1.4. Erwerb neuer Kompetenzen im Umgang mit der eigenen Gesundheit ..... 23

6.2. Werkzeuge der Faszientherapie ..... 24

6.2.1. Der manuelle Ansatz ..... 24

6.2.2. Der bewegungsbezogene Ansatz..... 25

6.2.3. Der introspektive Ansatz ..... 26

6.2.4. Der verbale Ansatz ..... 26

6.3. Ablauf einer Behandlung ..... 28

6.3.1. Erste Phase: Begegnen ..... 28

6.3.2. Zweite Phase: Bearbeiten..... 28

6.3.3. Dritte Phase: Integrieren ..... 29

6.3.4. Vierte Phase: Transferieren ..... 29

6.3.5. Das Dialog- und Reziprozitätsprinzip ..... 30

## **7. Grenzen der Methode ..... 31**

<b>8. Differenzierung der für die Methode spezifischen Handlungskompetenzen</b>	<b>32</b>
---	-----------

<b>9. Methodenspezifische Ressourcen</b>	<b>32</b>
--	-----------

<b>9.1. Kenntnisse</b>	<b>32</b>
9.1.1. Anatomie und Physiologie	32
9.1.2. Theoretische und praktische Konzepte der Faszientherapie	32
9.1.3. Menschen- und Gesundheitsbild	33
<b>9.2. Fähigkeiten</b>	<b>34</b>
9.2.1. Manuelle Fähigkeiten	34
9.2.2. Fähigkeiten bezüglich des bewegungsbezogenen und introspektiven Ansatzes	34
9.2.3. Fähigkeiten bezüglich der Begleitung des Klienten in seinem therapeutischen Prozess	35
9.2.4. Fachübergreifende Kompetenzen	35
<b>9.3. Haltungen</b>	<b>36</b>

<b>10. Positionierung der Methode</b>	<b>37</b>
---------------------------------------	-----------

<b>10.1. Verhältnis zur alternativen und klassischen Medizin</b>	<b>37</b>
<b>10.2. Abgrenzung gegenüber anderen Methoden und Berufen</b>	<b>37</b>
10.2.1. Abgrenzung zur Osteopathie	37
10.2.2. Abgrenzung zur Craniosacral Therapie	38
10.2.3. Abgrenzung zur Strukturellen Integration (Rolfing)	38
10.2.4. Abgrenzung zum Rebalancing	39

<b>11. Umfang und Struktur der KT-Ausbildung für den methodenspezifischen Teil</b>	<b>39</b>
--	-----------

<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>40</b>
-----------------------------	-----------

## 1. Methodenbezeichnung

Faszientherapie

*Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im folgenden Text auf die weibliche Form verzichtet. Gemeint sind jedoch in allen Fällen sowohl Männer als auch Frauen.*

## 2. Kurzbeschreibung der Methode

Die Faszientherapie ist sowohl eine manuelle als auch eine Bewegungstherapie. Der Klient und die Entwicklung seiner inneren Ressourcen stehen dabei im Zentrum und werden auf ganzheitliche Weise betrachtet. Neben der Heilung wird grosser Wert auf die Beziehungsebene gelegt. Wichtig sind die Einheit von Körper und Psyche sowie die Beziehung zwischen Therapeut und Klient, die unter anderem durch die spezielle Art der Berührung entsteht. Bewegung und Körperwahrnehmung werden als ein essentieller Teil der Gesundheit und somit auch der Therapie betrachtet. Pädagogische Aspekte finden Eingang in die Therapie, um den Klienten aktiv an seinem Gesundheitsprozess zu beteiligen.

Ihren Namen verdankt die Faszientherapie den Faszien. Diese sind Membranen, die alle Strukturen des Körpers umhüllen und miteinander verbinden (Knochen, Muskeln, Organe, Gefäß- und Nervensystem). Sie sind unabdingbar für die Stabilität des gesamten Körpers, für das reibungslose Zusammenspiel der verschiedenen Strukturen untereinander sowie für deren jeweilige Funktion. Die Gesamtheit der Faszien stellt das grösste und wichtigste sensorielle Organ des Körpers dar und steht direkt mit dem zentralen Nervensystem in Verbindung. Ununterbrochen leiten die Faszien propriozeptive, neurozeptive und interozeptive Informationen an das Gehirn weiter. Die Faszien spielen somit eine entscheidende Rolle in der Körperwahrnehmung, dem Selbstempfinden, bei Schmerzprozessen und bei der Verarbeitung von Emotionen.

Die Faszientherapie sieht sich als Teil der funktionellen Therapien, die auf die Unterstützung der Selbstheilungskräfte des Organismus abzielen. Ihre Wirkung erreicht sie zum einen durch gezielte Berührungen zur Normalisierung der Spannung in den Faszien. Ungleichgewichte in verschiedenen Geweben, in Gelenken, Organen und im kranialen Bereich können auf diese Weise ausgeglichen werden. Zum anderen wird bei jeder Berührung die Beziehungsebene angesprochen. Ein einfühlsames Zuhören mit den Händen erkennt die tieferliegenden Bedürfnisse des Körpers und unterstützt den Körper in seiner Autoregulation.

Der manuelle Teil der Therapie wird durch Bewegungsübungen, Übungen zur Körperwahrnehmung und Gespräche ergänzt. So begleitet der Faszientherapeut seinen Klienten im Therapieprozess, gibt Fachwissen an die Hand und hilft ihm, das Zusammenspiel zwischen Körper, Psyche und Umgebung an sich selbst wahrzunehmen. Der Klient steht im Mittelpunkt der Therapie und lernt, seinen Alltag bewusst und sinnvoll zu gestalten und Strategien für die Erhaltung beziehungsweise Rückgewinnung seiner Gesundheit zu entwickeln.

Die Faszientherapie findet ihre Anwendung bei akuten oder chronischen Schmerzen, psychosomatischen Erkrankungen, Stress, generellem Unwohlsein und vielem mehr. Sie wird auch präventiv angewendet, um die Beziehung des Klienten zu seinem eigenen Körper zu verbessern und ihm mehr Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übergeben.

Im Laufe der Zeit haben sich weitere Strömungen der Faszientherapie entwickelt, wie zum Beispiel die in den 80er Jahren von C. Carini entwickelte Faszienpulsologie. Diese arbeitet neben den Faszien mit der Pulsologie (Bezeichnung für den arteriellen Fluss, der beeinträchtigt sein kann und beeinflussbar ist). In der Faszienpulsologie hängen Qualität und Gesundheit des Gewebes vom Rhythmus der Blutzirkulation und der Qualität ihres Pulsierens ab. Bei dieser Strömung handelt es sich um einen überwiegend manuellen Ansatz.

## 3. Geschichte, Philosophie und Verbreitung

### 3.1 Chronologischer Überblick

Die Faszientherapie wurde in den 80er Jahren in Frankreich von Denis Bois entwickelt. Ursprünglich Physiotherapeut und Osteopath, ist er heute Doktor für Erziehungswissenschaften und Dozent in Sozialwissenschaft. Er ist Gründer des Zentrums für angewandte Forschung in „Perzeptiver Psychopädagogik“ (CERAP), das der Universität „Fernando Pessoa“ in Porto angeschlossen ist. Er ist sowohl Praktiker als auch Forscher an der Schnittstelle von Medizin- und Humanwissenschaften. In der von ihm so genannten Faszientherapie vereinen sich seine verschiedenen Ansätze. Ausgangspunkt war die therapeutische Praxis zu Heilzwecken. Hinzugekommen ist ein pädagogischer Ansatz mit dem Ziel, Menschen bei der Entfaltung ihrer Potentiale zu begleiten.

Die Faszientherapie hat ihren Ursprung in der funktionellen sowie der kranialen Osteopathie und hat sich auf Grundlage bestimmter Leitmotive von Still und Sutherland (den jeweiligen Begründern) weiterentwickelt. Die wichtigsten Leitmotive sind die Existenz einer inneren Bewegung im Körper als ein autonomes Selbstregulationsprinzip, die Faszie als derjenige Ort, an dem die Ursache der Krankheit zu suchen ist und sowie die Bedeutung der freien Zirkulation von Flüssigkeiten.

Sowohl in seiner Arbeit als Manualtherapeut als auch in seiner persönlichen Praktik, widmete sich D. Bois der Introspektion, dem Studium der Vitalität im Inneren des Körpers und deren Ausdruck innerhalb des Faziengewebes. Er fokalisierte sich insbesondere auf den „Haltepunkt“, der schon von Sutherland in der Osteopathie als „stillpoint“ beschrieben wurde, sowie auf die Geschwindigkeit dieser inneren Bewegung. Im Laufe der Zeit nahm er bei dieser Palpation eine von den osteopathischen Beschreibungen abweichende langsamere Bewegung wahr. Durch ein Eintauchen in diese Langsamkeit erlangte seine Berührung mehr Tiefe und Globalität. Er sprach so nicht mehr nur den Körper, sondern die Person in ihrer somatopsychischen Einheit an. Er distanzierte sich vom osteopathischen Modell und entwickelte auf Grundlage seiner gewonnenen Erfahrungen ein neues Konzept. Es entstanden die *Beziehungsberührung* und der *psychotonische Stützpunkt*, die das Besondere der Faszientherapie ausmachen. Diese Art der Berührung lindert nicht nur körperliche Probleme, sondern wirkt auch auf die Psyche des Klienten. Körperliche Anspannung weicht einer Entspannung, Angstzustände weichen einer inneren Ruhe. Die Beziehungsberührung eröffnet dem Klienten das Erleben verschiedener Daseins- und Wahrnehmungsformen und ermöglicht ihm so, sich mit tieferen Schichten seiner Selbst zu verbinden und zu einem Einklang zwischen Körper und Psyche zu finden.

D. Bois stellte jedoch fest, dass einige Klienten die Vorgänge im Inneren ihres Körpers, die durch diese Berührungen ausgelöst werden, gar nicht wahrnehmen, so als hätten sie eine Art Wahrnehmungs-Blindheit bezüglich ihres eigenen Körpers. Er ergänzte deswegen seine Behandlungen um eine pädagogische Dimension zur Verbesserung der Selbstwahrnehmung. Er geht davon aus, dass das Bewusstwerden des inneren Erlebens eine verstärkte Wirkung auf die Gesundheit des Klienten hat und ihm eine bessere Beziehung zu sich selbst ermöglicht. Dies entspricht dem bewegungsgezogenen Ansatz der Faszientherapie.

Diese Etappe zu Beginn der 90er Jahre stellt eine grosse Wende in der Entwicklung der Faszientherapie dar. War der Klient bis dahin passiv und liess sich berühren, wird er nun mit Hilfe einer angepassten Pädagogik aufgefordert, sich aktiv in seinen Heilungsprozess einzubringen. Die manuelle Berührung wechselt ihren Status: nicht mehr rein kurativ, wird sie nun zur einer Beziehungsberührung. Diese bezieht sich auf den Psychotonus des Klienten mit dem Ziel, die Eigenwahrnehmung zu entwickeln.

Die durch diese Arbeit erfahrenen Seinszustände sind für den Klienten meist neu und schwierig oder gar nicht verbalisierbar. D. Bois erkannte die Notwendigkeit einer verbalen Begleitung und bildete sich in kognitiver Psychologie, kurativer Psychopädagogik und Erziehungswissenschaften weiter. In den Jahren um 2000 entwickelte er eine phänomenologische und körperbezogene Gesprächsmethodik, um diese Erlebnisse zu begleiten. Es geht insbesondere darum, Worte für die Körpererfahrungen zu finden, daraus einen Sinn zu ziehen und die Erfahrung in Zusammenhang mit der aktuellen Lebenssituation zu bringen. So entstand das Konzept der „perzeptiv-kognitiven Veränderbarkeit“ (Bois 2005). Es definiert den kognitiven Prozess in der Wahrnehmung der Beziehung zum eigenen Körper. Im Rahmen seiner Lehr- und Forschungstätigkeit an der Modernen Universität Lissabon rief D. Bois den ersten Masterstudiengang in Perzeptiver Psychopädagogik ins Leben.

Die Verbindung der manuellen Techniken mit den Bewegungsübungen und der Gesprächsbegleitung macht die Faszientherapie zu einer ganzheitlichen Therapie, die den Klienten in den Mittelpunkt des therapeutischen Prozesses stellt. Dieser entwickelt einen neuen Bezug zu seinem Körper, seinen Denkschemata und seinem Lebensstil und lernt, seine Gesundheit besser in die eigene Hand zu nehmen.

Verschiedene philosophische, psychologische und pädagogische Strömungen haben die Faszientherapie und ihre Entwicklung hin zu einer den Klienten begleitenden Therapiemethode beeinflusst:

- Die humanistische Psychologie, insbesondere das Konzept der Potentialität, das eine innere organische Kraft beziehungsweise eine „aktualisierende Tendenz“ beschreibt (Rogers, 1970; Maslow 1972; Gendlin, 1962).
- Die Philosophie Spinozas mit ihrer Vision einer ausgeglichenen Beziehung zwischen Körper und Geist. Demnach werden Schwingungen im Körper vom Geist in Form einer Affektion wahrgenommen, wodurch eine Brücke zwischen Körper und Geist entsteht, die Raum für neue Ideen schafft. Diese Idee wurde von der Faszientherapie aufgegriffen, insbesondere im Konzept der perzeptiv-kognitiven Veränderbarkeit.
- Die Philosophie von Maine de Biran, bei der die Fähigkeit zu fühlen die primäre Manifestation des Menschseins darstellt. Dieser Philosophie zufolge kann das Ich nur durch eine unmittelbare und verkörperte Erfahrung erlebt werden, die die Person über das Fühlen auf sich selbst zurückwirft. Die Faszientherapie greift diese Idee in ihrer Praxis wieder auf: Durch einen bewussten Bezug zur eigenen körperlichen Innerlichkeit erweitert der Klient sein Eigenbewusstsein und seine Kenntnis über sich selbst und erlangt ein neues Existenzgefühl.



- Die Phänomenologie diene als Inspirationsquelle für die in der Faszientherapie angewandten Gesprächsmethoden. Mit ihrer Hilfe werden die Erlebnisinhalte der Körpererfahrungen beschrieben.
- Die Lerntheorien aus der Psychopädagogik, insbesondere die Arbeiten Jean Piagets zum Konstruktivismus. Die in Piagets Theorie des Konstruktivismus beschriebenen Etappen zeigen sich laut D. Bois ebenso bei Informationen, die aus dem Inneren des Körpers kommen, wie bei externen Informationen. Den Prozess der Verarbeitung und Integration dieser neuen, im eigenen Körper entstandenen Sensationen und Informationen nennt er „immanenten Konstruktivismus“ (Bois, 2005; Berger, 2009; Bourhis, 2012). Auf dieser Grundlage entwickelte er das Modell der perzeptiv-kognitiven Veränderbarkeit.

## 3.2 Philosophie

### 3.2.1 Menschenbild

#### *Der Begriff der somatopsychischen Einheit*

Die Faszientherapie schliesst sich der Philosophie Spinozas und seiner Sichtweise der Verbindung von Körper und Geist an.

Der Mensch wird als eine dynamische Einheit verschiedener Funktionen betrachtet, innerhalb der Körper und Geist miteinander kommunizieren. Die Psyche beeinflusst nicht nur den Körper, sondern ebenso beeinflusst der Körper den psychischen Zustand einer Person. Die Faszientherapie setzt an dieser Beziehungsdynamik an. Der Körper wird niemals behandelt, ohne in eine grössere Einheit einbezogen zu werden, die die Psyche und die Einstellung der Person zu ihrem Leben beinhaltet.

Die meisten Konzepte der Faszientherapie vereinen zwei scheinbar gegensätzliche Pole: Das somato-psychische Einstimmen, die aktive Neutralität, die grundlegende Basiskommunikation. D. Bois geht davon aus, dass der Mensch nur dann sein volles Potential entfalten kann, wenn er in allen seinen Dimensionen vereint und ausgeglichen ist.

#### *Der Begriff der Potentialität*

Die Faszientherapie betrachtet den Menschen ausgehend von seiner Potentialität. Der erwachsene Mensch wird als ein Wesen im Entstehen bzw. eine Summe von Möglichkeiten betrachtet, nicht als ein schon vollendetes Wesen. Jeder verfügt über noch unbekanntes und nicht genutzte Potentiale, die aktiviert werden müssen. Mit dem Begriff Potentialität lehnt sich die Faszientherapie an die Entwicklungsschritte der humanistischen Psychologie an, mit dem Begriff „Aktualisierungstendenz“ an den Psychologen Rogers. Dieser beschreibt ein Kraftprinzip im Menschen, welches nach Wachstum und Verbesserung strebt.

Die Potentialität in der Faszientherapie ist direkt mit dem Konzept der Inneren Bewegung verknüpft, das ein eigenes Regulationsprinzip und eine Wachstumskraft darstellt. Indem der Klient eine bewusste Beziehung zu seiner Inneren Bewegung aufbaut, wird diese zu einem Partner für die persönliche Entwicklung.

### 3.2.2 Das Sensible: Eine spezifische Art der Wahrnehmung in der Faszientherapie

Als das „Sensible“ (Bois, 2001, 2007; Bois & Austry, 2007; Bourhis, 2012) bezeichnet Bois die spezifische Art der Wahrnehmung in der Faszientherapie. Das Sensible bezieht sich auf mehr als die Wahrnehmung über die 5 Sinnesorgane (bzw. 6 bei Miteinbeziehungen der Tiefensensibilität) und wird daher im Französischen mit grossem Anfangsbuchstaben geschrieben (le Sensible). Das Sensible bezeichnet die Wahrnehmungsfähigkeit, die entsteht, wenn der ganze Körper von der Präsenz der Inneren Bewegung belebt ist. Es bezeichnet auch das bewusste Erleben einer Person, die sich für diese Art der inneren Wahrnehmung öffnet und eine neue Art entwickelt, sich selbst zu erleben und den eigenen Körper und die Welt wahrzunehmen. Dabei stellt der sensible Körper den Resonanzkörper aller Erfahrung dar. Er nimmt die Erfahrung in sich auf, spiegelt sie wieder und macht sie somit greifbar und zugänglich. Das Sensible stellt so eine Quelle zusätzlicher Information dar, über sich selbst und über die Beziehung zur Welt und zu anderen Menschen.

### 3.2.3 Gesundheitsverständnis

#### *Die Begriffe Potentialität und Entwicklung*

Die Faszientherapie fördert die Gesundheit, indem sie an der Fähigkeit arbeitet, sich mit seiner Potentialität zu verbinden und diese auszudrücken. Eine gesunde Person ist demnach eine Person im Entstehen, die sich entwickelt, sich verändert, die ihre Beziehung zu sich selbst, zu anderen und zu ihrem Leben gestalten und erweitern kann. Der Körper ist an diesem Prozess essentiell beteiligt, da seine Innere Bewegung eine Lebens-, Wachstums- und Entwicklungskraft darstellt. Durch eine bewusste Beziehung zu seiner Inneren Bewegung findet die Person eine organische Stütze für ihren Entwicklungsprozess. Gesundheit definiert sich somit als ein Prozess, eine Entwicklung, eine Bewegung.

#### *Die Qualität der Vertrautheit mit sich selbst*

Die Faszientherapie definiert Gesundheit auch als eine Qualität der Vertrautheit mit sich selbst, dem eigenen Körper und seinem Leben. Gesundheit hat hier nicht die Abwesenheit von Krankheit zum Ziel, sondern eine von körperlichen Erfahrungen genährte innere subjektive Stimmung. Diese Selbstwahrnehmung entscheidet über das Empfinden von gesund und krank, unabhängig von objektiven Kriterien.

#### *An der Schnittstelle zwischen Therapie und Ausbildung*

Die Faszientherapie situiert sich an der Schnittstelle zwischen Therapie und Ausbildung. Sie lehnt sich an die Philosophie von B. Honoré und dessen Konzept der „Formativität“ an, Formativität im Sinne von formen / in Ausbildung sein. Der Mensch hat die Möglichkeit, sich in seiner Beziehung zur Welt zu verändern. Jedes Ereignis, auch eine Krankheit, wird als Möglichkeit angesehen, zu lernen und seine Gesundheit (wieder) zu entdecken. Gesundheit wird in diesem Fall als die Fähigkeit definiert, aus seinem Leben zu lernen.

## 4. Theoretische Grundmodelle

Die therapeutischen Handlungen der Faszientherapie beruhen auf 9 theoretischen Grundmodellen:

- das Modell, auf dem der gesamte Ansatz der Faszientherapie beruht: *die Innere Bewegung*,
- 4 Modelle für den manuellen und bewegungstherapeutischen Ansatz sowie für das Verständnis von Bewegung: *die Faszie, der Stützpunkt und der Psychotonus, die Beziehungsberührung, die sensorische Biomechanik*
- 3 Modelle, die sich auf die Begleitung des Klienten in seinem Genesungsprozess beziehen, von der Erfahrung über die Sinnggebung hin zur Umsetzung in den Alltag: *die perzeptiv-kognitive Veränderbarkeit, die Prozessspirale des Sensiblen, die informative Direktivität*
- ein Modell im Zusammenhang mit der Beziehungshaltung, die in der Faszientherapie eingenommen wird: *die aktuiierende Reziprozität*

### 4.1. Die Innere Bewegung

Die Faszientherapie basiert auf dem Wahrnehmen, Nützen und Potentialisieren einer körpereigenen Regulationskraft, die *Innere Bewegung* genannt wird. Die Innere Bewegung ist eine langsame Bewegung im Inneren des Körpers und wird durch folgende Merkmale definiert:

- Sie ist eine Vital- und Adaptations- und Harmonisierungskraft und ist beteiligt an der Regulation des Organismus sowie an der Erhaltung des somatopsychischen Gleichgewichts der Person.
- Sie drückt sich durch eine gegebene Langsamkeit im Gewebe aus mit einem Rhythmus von 2 Hin- und Rückbewegungen pro Minute (genannt auch sensorischer Biorhythmus). Dieser Rhythmus ist konstant und unterscheidet sich von anderen Formen innerer Bewegung, z.B. der von J. Jealous beschriebenen *mid tide* (1-3 Zyklen pro Minute) oder der primären respiratorischen Bewegung (7-14 Zyklen pro Minute).
- Sie vitalisiert die Faszie mit einer Ein- und Ausrollbewegung.
- Sie hat sensorische Eigenschaften, d.h. man kann auf sehr sanfte und intime Art mit ihr in Kontakt treten, sowohl mit ihrem Gewebeausdruck als auch ihrer zeitlichen und räumlichen Organisation.

Man könnte die Innere Bewegung als den Hauptgesprächspartner des Komplementärtherapeuten Methode Faszientherapie bezeichnen. Dieser spricht im Körper die Innere Bewegung mit Hilfe sogenannter *Stützpunkte* an (siehe 4.3), um eine

Normalisierung des Gewebes, der Gelenke, des Schädels, der Organe sowie der Gefäße zu erreichen. Der freie Ausdruck dieser Bewegung innerhalb der verschiedenen Körperstrukturen fördert die Gesundheit, da sie deren Verformbarkeit, Geschmeidigkeit und Anpassungsfähigkeit erhöht. Im Gegensatz dazu behindern Muskelverspannungen, Verkrampfungen der Faszien oder verdichtete Knochen- und Perioststellen die freie Zirkulation der Inneren Bewegung.

Das Spüren der Inneren Bewegung gibt dem Klienten ein spezielles Selbstgefühl: das Gefühl, zu seinem Körper zu gehören, ihn zu bewohnen, sich in seinem Körper zu erkennen und durch ihn zu existieren. Diese verfeinerte Selbstwahrnehmung ermöglicht es dem Klienten, Reaktionen auf die Ereignisse des Lebens im eigenen Körper zu spüren. Die Wahrnehmung der Inneren Bewegung ist demnach der Ausgangspunkt des therapeutischen Prozesses in der Faszientherapie.

## **4.2 Die Faszien**

### **4.2.1 Das Kontinuum der Faszien**

Die Faszientherapie arbeitet mit den Faszien, einem widerstandsfähigen und fibrösen Gewebe, deren Besonderheit darin liegt, alle anatomischen Teile des Körpers wie eine zweite Haut zu umhüllen: Organe, Knochen, Nerven, Gefäße, Arterien, Muskeln und Muskelfasern.

Die Faszien sind untereinander verbunden und bilden ein komplexes Netz, das sowohl vom Scheitel bis zu den Zehen als auch von der Körperoberfläche bis in alle Zellen reicht. Diese Kontinuität erklärt, warum ein Problem in einem Körperteil weitreichende Auswirkungen im ganzen Körper haben kann.

Durch ihre Geschmeidigkeit und Elastizität fungieren die Faszien im Körper als Federn und Stossdämpfer. Sie ermöglichen dadurch einen Spannungsausgleich und eine Anpassung an verschiedene Bewegungen und Haltungen.

### **4.2.2 Die Faszie, ein empfindsames Gewebe**

Die Faszien reagieren sehr empfindlich auf physischen, emotionalen oder psychosozialen Stress. Indem sie sich kontrahieren, beeinträchtigen sie die Funktion des Organs, das sie umgeben sowie die gesamte Gewebekette, an die sie angeschlossen sind. Dauern diese Spannungen an, werden sie irreversibel und führen zu einer Störung des gesamten Organismus. Über kurz oder lang können sie physisch-funktionale Probleme und psychische Störungen wie Müdigkeit, Unwohlsein, Beklommenheit, etc. verursachen.

### **4.2.3 Die Faszie, ein plastisches Gewebe**

Die jüngsten Forschungen zu den Faszien konnten eine Kontraktilität der Fibroblasten (Faszienzellen) aufzeigen. Diese Kontraktilität ermöglicht den Faszien eine Tonusregulation und wird als „Plastizität der Faszien“ bezeichnet (R. Schleip, 2003). Einerseits reagieren die

Faszien auf vermehrten Stress durch Anspannung und Verkrampfung, andererseits haben sie eine Geschmeidigkeit und Elastizität, die ihnen die Rolle von Federn und Stossdämpfern verleiht. Sie tragen so zur Widerstands- und Anpassungsfähigkeit des Körpers bei. Aufgrund ihrer Komplexität können sie Spannungen aufnehmen und im gesamten Körper verteilen.

#### 4.2.4 Die Faszie, ein Gewebe mit Gedächtnis

Die Faszien nehmen Traumata und Stresssituationen, denen der Mensch ausgesetzt ist, in sich auf und speichern sie im Gewebe. Sie sind sozusagen der Sitz des Gewebegedächtnisses und stellen eine Art Kalender der sich im Laufe der Zeit angesammelten Kompensationsreaktionen dar. Legt der Komplementärtherapeut Methode Faszientherapie seine Hände auf unbewegliche Zonen, d.h. auf in den Faszien gespeicherte Verspannungen und Verkrampfungen, spricht er fortwährend die Gewebegeschichte des Klienten, d.h. dessen Biographie, an.

### 4.3 Der Stützpunkt und der Psychotonus

Der „Stützpunkt“ (Bois, 1990; Courraud, 2007; Marty, 2012) entspricht dem Höhepunkt des manualtherapeutischen Prozesses in der Faszientherapie. Hierbei wird die mit den Händen ausgeführte *dynamische Begleitung* der Inneren Bewegung mit ihren verschiedenen verfügbaren Richtungen und Amplituden im Gewebe mit einem Innehalten verknüpft.

Der Stützpunkt potenziert die Innere Bewegung in den Regionen, in denen sie nicht mehr präsent ist und ermöglicht so ihre physiologische Reorganisation. Er zielt darauf ab, die körpereigenen Regulationskräfte des Organismus zu (re)aktivieren. So wird aus dem Inneren des Körpers eine Normalisierung erreicht.

Um seine volle Wirkung zu entfalten, muss der Stützpunkt ein Maximum an anatomischen Strukturen umfassen, sowohl in der Weite als auch in der Tiefe. Die Hände des Therapeuten erzeugen eine Art geschlossenes Feld, in dem die Innere Bewegung des Klienten aktiv werden kann. Je mehr anatomische Strukturen im Stützpunkt angesprochen werden, desto globaler wird die Innere Bewegung aktiviert.

Die durch den Stützpunkt aktivierte Innere Bewegung äussert sich als *exponentielle, regenerierende Spannung*, die heute *Psychotonus* genannt wird. Der Psychotonus ist mehr als ein Prinzip der Autoregulation: er stellt eine Aktivierung der somatopsychischen Anpassungskraft dar und spricht die Person sowohl in ihrer anatomischen als auch ihrer psychischen und emotionalen Ganzheit an.

Der Stützpunkt ist eine heikle aber unentbehrliche Phase der Behandlung, in der die Erhaltungs- und Erneuerungskräfte miteinander kommunizieren und sich potentialisieren, um zu einem neuen Gleichgewicht zu gelangen.

Der Stützpunkt besteht aus verschiedenen Phasen und bietet gleichzeitig eine Möglichkeit der Befunderhebung:

- Die Zeitspanne zwischen Stützpunkt und Erscheinen der psychotonischen Antwort gibt Aufschluss über die Vitalität des Klienten.

- Die Ausbreitung der psychotonischen Reaktion lässt *Ankerpunkte* oder *Inseln der Anspannung* erkennen, die sich nicht unmittelbar unter der Hand befinden. So lassen sich Probleme in entfernteren Regionen oder tieferliegenden Schichten befunden, die mit der behandelten Region in Verbindung stehen.
- Die Intensität der psychotonischen Antwort zeigt, inwieweit sich der Klient einlässt auf das, was in seinem Inneren geschieht.
- Steigt die Tonusspannung an, wird der Stützpunkt als positiv bezeichnet. Die Spannung steigt dann bis zu einer maximalen Schwelle an, auf die ein Spannungsabfall folgt. Dieser wiederum entspricht einer Reorganisation des Ausdrucks des Gewebetonus. Der Therapeut nimmt nun unter seiner Hand eine neue Innere Bewegung mit einer spezifischen Richtung wahr. Dieser folgt er bis ans Ende ihrer Amplitude und setzt dort einen neuen Stützpunkt.

Der Faszientherapeut begleitet verbal die hervorgerufenen Gewebelösungen sowie den Veränderungsprozess im Inneren des Körpers und ermöglicht dem Klienten so ein unmittelbares und direktes Wahrnehmen. Im Laufe der Zeit gelangt dieser durch das Spüren der Veränderungen der Stützpunkte und der Tonusstruktur zu einer neuen Selbstwahrnehmung. Dieser Prozess der Veränderungen im Gewebe stellt den ersten Schritt in der Entwicklung und Transformation des Klienten dar.

#### **4.4 Die Beziehungsberührung**

Die *Beziehungsberührung* ist die Basis-Berührung in der Faszientherapie. Sie findet immer zeitgleich zur *symptomatischen Berührung* statt, der technischen Berührung in der Faszientherapie, die anatomisch-physiologischen Gesichtspunkten folgt.

Die Beziehungsberührung spricht über den Psychotonus die somatopsychische Einheit der Person an. Sie erfordert eine Qualität des Zuhörens und Sich-Einbringens, die es erst ermöglicht, mit der Inneren Bewegung in einen Dialog zu treten. Der Komplementärtherapeut Methode Faszientherapie kann durch diese Art der Berührung auf das *stille Anliegen des Körpers* antworten. Dies wird auch als *Gewebegespräch* bezeichnet. Dieses kann von dem vom Klienten verbalisierten Anliegen abweichen, da ein Symptom oft nur die Spitze des Eisberges darstellt und ein Hinweis sein kann auf den schleichenden Aufbau einer vom Klienten nicht wahrgenommenen Pathologie.

Dank der Beziehungsberührung fühlt sich der Klient in seinen tiefliegenden Anliegen, seinem Leid und in seinen Potentialitäten verstanden. Er bekommt Zugang zu Teilen seiner Selbst, die er nicht mehr wahrgenommen hat, d.h. zu desensibilisierten Bereichen in seinem Körper. Die Beziehungsberührung verhilft ihm zu einer neuen Erfahrung seiner Selbst und einer neuen Beziehung zu seinen bisher nicht wahrgenommenen Potentialitäten. So kann der Klient auch den Ursprung und die Unterhaltsprozesse seiner Pathologie verstehen sowie die Zusammenhänge zwischen seinem Leben und seiner Gesundheit und erhält Informationen über gesündere Verhaltensweisen.

## 4.5 Die sensorische Biomechanik

Die „sensorische Biomechanik“ (Bois, 2002; Leao, 2002; Courraud-Bourhis, 2005) erforscht das Verhalten verschiedener anatomischer Strukturen während einer Bewegung, die erlebt und gespürt wird. Dabei wird die Verbindung zwischen Innerer Bewegung und äusserer Bewegung analysiert. Dieses Modell stellt das vom Komplementärtherapeut Methode Faszientherapie verwendete Befundungserhebungsraster der Bewegungen dar.

Die wesentlichen Gesetze der sensorischen Biomechanik sind:

- **Die rhythmische Unterstützung durch den sensorischen Biorhythmus:** der sensorische Biorhythmus unterstützt die sensorische Biomechanik durch einen Rhythmus von 15 Sekunden für eine Hin- und 15 Sekunden für eine Rückbewegung (2 Hin- und Rückbewegungen pro Minute).
- **Das Gesetz der Linearität:** die lineare Bewegung (auch *Basisbewegung* genannt) ist die Schiene, auf der sich die zirkuläre Bewegung aufbaut (als zirkuläre Bewegung bezeichnet man jegliche Gelenkbewegung). Die lineare Bewegung erzeugt die Globalität der Bewegung und hält das Gelenkzusammenspiel kohärent. Sie wird als sensorische Bewegung bezeichnet, da darin die Präsenz sich selbst und seinem Körper gegenüber enthalten ist.
- **Die grundlegende Basiskoordination:** jede zirkuläre Bewegung geht mit einer linearen Bewegung in entgegengesetzter Richtung einher. Diese Verbindung führt zu einer Einheit von Empfindung und Koordination, die es ermöglicht, sich der ausgeführten Bewegungen ganz und gar bewusst zu sein.
- **Die Assoziationsmuster der Bewegungen:** Die Assoziationsmuster der Bewegungen beziehen sich auf die globalen Bewegungen des Körpers und schliessen alle Körpersegmente auf Basis einer natürlichen und physiologischen Ordnung ein. Es gibt 8 verschiedene Assoziationsmuster, je nach den richtungsweisenden Bewegungen: nach oben, nach unten, nach links, nach rechts, nach vorne, nach hinten, Linksrotation und Rechtsrotation. Einige davon sind konvergent, d.h. sie konzentrieren die Bewegungen auf den Körper zu, andere sind divergent, d.h. sie bringen den Körper in eine Öffnung. Das Assoziationsmuster der Bewegung nach vorne ist zum Beispiel divergent und besteht aus einer linearen Bewegung nach vorne, einer zirkulären Bewegung des Rumpfes und Kopfes nach hinten sowie einer Aussenrotation der Extremitäten. Das Assoziationsmuster der Bewegung nach hinten hingegen ist konvergent und besteht aus einer linearen Bewegung nach hinten, einer zirkulären Bewegung des Rumpfes und des Kopfes nach vorne sowie einer Innenrotation der Extremitäten.

## 4.6 Die perzeptiv-kognitive Veränderbarkeit

Die „perzeptiv-kognitive Veränderbarkeit“ ist ein von D. Bois (Bois, 2006, 2007) entwickeltes und von Piagets Konstruktivismus inspiriertes Lernmodell. Die körperliche Erfahrung dient

hierbei als Quelle zur Erweiterung eigener Sichtweisen, Vorstellungen und Verhaltensweisen, sich selbst, Anderen, seinem Leben und seiner Gesundheit gegenüber. Dieses Modell basiert auf 3 Leitgedanken:

- **Die Existenz einer Potentialität als dynamische Grundlage des Lernprozesses.** Die Potentialität in der Faszientherapie ist eine Potentialität der Wahrnehmung, die Fähigkeit, durch Bewusstmachen der Inneren Bewegung den eigenen Körper bewusster, feinfühlicher und nuancierter zu spüren.
- **Erfahrungslernen als Grundlage des Lernprozesses:** der Klient wird durch erlebte Erfahrungen in seiner Fähigkeit zu Lernen angeregt. Die verschiedenen Werkzeuge der Faszientherapie (siehe Punkt 6.2) bringen ihn in Situationen, die diese Lernfähigkeit ermöglichen. Er macht so Erfahrungen, die seine Beziehung zum Leben und zu seiner Gesundheit erweitern.
- **Die Vorrangstellung der Beziehung zum eigenen Körper in der Sinnggebung:** In der Faszientherapie entstehen neue mentale Vorstellungen durch eine neugewonnene Beziehung zum eigenen Körper. Der Klient lernt sich selbst kennen und bekommt Zugang zu tiefen Erkenntnissen. Dies hilft ihm, über eine neue intimere Beziehung zum eigenen Körper und zu seiner Inneren Bewegung, sein Leben zu meistern.

In seiner Umsetzung ist dieses Modell an 2 Bedingungen geknüpft:

- **Die Erlernbarkeit einer perzeptiven Beziehung zum eigenen Körper:** Die Faszientherapie bietet praktische Übungen und Rahmenbedingungen, um diese perzeptive Beziehung zum eigenen Körper zu vermitteln. In den darauf folgenden Gesprächen geht es darum, die im Körper wahrgenommenen Informationen in seine Denkmuster zu integrieren und diese weiterzuentwickeln.
- **Der Zugang zu einer „immanenten Motivation“ (Bois, 2007; Bouchet, 2006, 2015):** Die Faszientherapie hat unter anderem zum Ziel, durch eine ausreichend starke, neue Körpererfahrung eine Motivation auszulösen. Diese Motivation ist für den Klienten notwendig um sein Verhalten zu ändern, seine Erfahrungen in den Alltag zu übertragen und ein Zurückfallen in wiederkehrende, für den Genesungsprozess ungünstige Verhaltensweisen zu vermeiden. Der Zusatz immanent besagt, dass die Motivation aus einer während der Sitzung erlebten und gespürten Körpererfahrung entsteht und nicht z.B. aus einem fachlichen Ratschlag des Therapeuten.

#### **4.7. Die Prozessspirale der Beziehung zum Sensiblen**

In seiner Doktorarbeit (2007) definiert D. Bois in der „Prozessspirale der Beziehung zum Sensiblen“ die gängigsten körperlichen Erlebnisinhalte, über die Klienten während einer Faszientherapiesitzung berichten sowie das daraus entstehende Verhalten. Diese Erlebnisse lassen sich in 5 Kategorien einteilen: Wärme, Tiefe, Globalität, Selbstgewahrsein und Existenzgefühl. Sie sind keine einfachen, vorübergehenden, wohltuenden Erlebnisse, die sich auf die Sitzung beschränken, sondern spiegeln ein besonderes, oft neuartiges Selbstgefühl wider, eine neue Art und Weise, sich über seinen Körper zu erleben.



Die folgende Tabelle (aus Bois, 2007) zeigt eine zusammenfassende Analyse des Veränderungsprozesses bei Personen, die durch die Faszientherapie begleitet werden sowie eine zusammenfassende Analyse des Zusammenhangs zwischen körperlichem Erleben und einer neuen Beziehung zu sich selbst und zur Welt. Die Prozessspirale der Beziehung zum Sensiblen ermöglicht die Darstellung der Wechselwirkungen zwischen körperlicher Erfahrung und Verhalten.

erleben	empfinden	werden	sein
Außeralltägliche Erfahrung	Wahrnehmung, Stimmung	Beziehung zu sich selbst	Beziehung zur Welt
Beziehungsberührung	<b>Wärme</b>	Ich fühle mich in Sicherheit und vertraue	Ich habe mehr Vertrauen und bin selbstsicherer
	<b>Tiefe</b>	Ich fühle mich in meiner Innerlichkeit berührt und angesprochen	Ich bin authentischer, weniger oberflächlich und meine Mitmenschen sprechen mich an
Psychotonische Berührung	<b>Globalität</b>	Ich fühle mich stabil, mit mir selbst und etwas Größerem vereint	Ich bin in meinem Leben konzentrierter, in meinem Tun verankert, den Mitmenschen näher
Bewegungsbezogener Ansatz	<b>Selbstgewahrsein</b>	Ich bin meiner Selbst gewahr und entdecke meine Einzigartigkeit. Ich erkenne mich.	Ich entwickle mehr Nähe zu den Anderen Ich stehe nicht mehr ausserhalb meiner Selbst und den Dingen. Ich bin mir allem, was um mich herum passiert, gewahr.
Sensorische Introspektion	<b>Existenzgefühl</b>	Ich finde mich in dem, was ich empfinde, wieder. Ich stehe dazu, wie ich bin. Ich fühle mich in meiner verkörperten Subjektivität verankert.	Ich finde meinen Platz in der Gesellschaft. Ich traue mich, ich selbst zu sein. Ich stehe zu mir. Ich erkenne mich an Ich bin unabhängig und anpassungsfähig.

Aus D. Bois, 2007

## 4.8 Die informative Direktivität

Die „informative Direktivität“ (Bois, 2007; Bourhis, 2009) definiert die Haltung des Therapeuten bei der Begleitung des Klienten durch die verschiedenen Etappen des therapeutischen Prozesses.

Der Begriff *Direktivität* bezeichnet u.a. die Lenkung der Aufmerksamkeit des Klienten durch den Therapeuten. Im Allgemeinen ist es der Mensch nicht gewöhnt, seine Aufmerksamkeit nach innen zu richten, er nimmt vielmehr nur das Aussen wahr. Es geht in der Faszientherapie darum, den Klienten im Prozess der Neuausrichtung seiner Aufmerksamkeit

zu leiten, damit er lernt, sein körperliches Innenleben wahrzunehmen. Was er dabei erfährt, gehört einzig und allein ihm.

Diese Haltung beruht auf verschiedenen theoretischen Annahmen, wie z.B.:

- Eine Erfahrung führt nicht zwingend zu einer Erkenntnis. Jede Erfahrung soll angenommen, anerkannt und integriert werden, damit sie eine Lernerfahrung werden kann.
- Man lernt wenig aus bereits Bekanntem. Der Komplementärtherapeut Methode Faszientherapie bietet einen Rahmen, der die Aufmerksamkeit des Klienten auf ungewohnte Weise fordert und so eine neuartige Erfahrung ermöglicht.

In der Praxis wird die informative Direktivität zu drei verschiedenen Zeitpunkten angewandt:

- **Vor der Körpererfahrung:** der Klient erhält Vorabinformationen, die seine Erfahrung erweitern können. Meist sind dies allgemeingültige Informationen zu Anatomie und Physiologie der Bewegung, die dem Klienten nicht bekannt sind.
- **Während der Körpererfahrung:** der Therapeut gibt eine verbale Anleitung zur Ausführung der Übung, um ein bestmögliches Körpererlebnis zu erreichen.
- **Nach der Körpererfahrung:** In dem therapeutischen Gespräch im Anschluss an die Körpererfahrung begleitet der Therapeut den Klienten dabei, eine umfassende Beschreibung seines Erlebens wiederzugeben und schlägt ihm verschiedene Kategorien vor, um diese Erfahrung zu hinterfragen.

## 4.9 Die aktuierende Reziprozität

Die *aktuierende Reziprozität* bezeichnet die für die Faszientherapie spezifische Art der Beziehung zwischen Therapeut und Klient. Sie ist empathisch und prozessorientiert.

Durch ein sensibles Spüren im eigenen Körper nimmt der Komplementärtherapeut Methode Faszientherapie die durch seine Berührung ausgelösten Veränderungen beim Klienten direkt wahr. Die Behandlung entwickelt sich über die *evolutive Schleife*, eine Art Rückkoppelungsmechanismus zwischen den im Körper des Klienten ausgelösten Veränderungen und einer tonischen Reaktion des Therapeuten, die wiederum weitere Veränderungen beim Klienten generiert.

Auf diese Weise entwickelt der Therapeut nicht nur eine empathische Beziehung zu seinem Klienten, sondern auch zu seinem eigenen Körper. Er kann somit Informationen von Körper zu Körper empfangen, die dann seine Behandlung leiten.

Die aktuierende Reziprozität wird dann als vollkommen angesehen, wenn der Klient ebenfalls in der Lage ist, durch sensibles Spüren den eigenen Körper und die eigene Innere Bewegung wahrzunehmen. Durch das Erleben der evolutiven Schleife teilen Therapeut und Klient eine gemeinsame Erfahrung und lassen sich auf ein Wechselspiel zwischen Therapeut, Klient und Innerer Bewegung ein.

Die aktuiierende Reziprozität ist also ein körperlich verankerter spezifischer Beziehungsmodus. Die Personen sind sich der Wirkungen, die dieser Beziehungsmodus im eigenen Körper auslöst, bewusst. Dieses Bewusstwerden trägt zur evolutiven Dynamik der Behandlung bei.

## **5. Formen der Befunderhebung**

### **5.1 Das Anamnesegespräch**

Beim Anamnesegespräch nimmt der Komplementärtherapeut Methode Faszientherapie eine offene wohlwollende Haltung ein und schafft durch sein Zuhören ein Klima des Vertrauens. Er versucht, Art und Kontext des Anliegens des Klienten bestmöglich zu verstehen.

Inhalte des Anamnesegesprächs:

- Gesundheitszustand des Klienten (inklusive frühere Krankheiten, Unfälle, Medikamenteneinnahme, ...) und derzeitige ärztliche Betreuung
- familiäres, berufliches und soziales Umfeld des Klienten
- Schwierigkeiten, Stärken und Ressourcen des Klienten
- aktuelle Bedürfnisse, Veränderungswünsche und Erwartungen an die Therapie

Der Komplementärtherapeut Methode Faszientherapie stellt fest, ob das Anliegen mit den Möglichkeiten und Grenzen seines Wirkungsfeldes übereinstimmt. Er informiert den Klienten über die allgemeinen Behandlungsmodalitäten.

Auf Grundlage dieser Informationen erarbeitet der Therapeut zusammen mit dem Klienten einen Plan für die therapeutische Begleitung.

### **5.2 Die manuelle Befunderhebung**

Der Komplementärtherapeut Methode Faszientherapie ergänzt das Anamnesegespräch durch die manuelle Befunderhebung. Über die Berührung evaluiert er den Zustand des Körpers, der Faszien und der Vitalität des Klienten. Die Kriterien hierfür beruhen auf der Charakteristik und den physiologischen Gesetzen der Inneren Bewegung (Ausrichtung, Amplitude, Geschwindigkeit, Rhythmus), der Qualität der Antwort im Stützpunkt, dem Vorhandensein und der Kohärenz des sensorischen Biorhythmus sowie der Kohärenz der sensorischen Biomechanik.

### **5.3. Befunderhebung des Bewegungsverhaltens**

Der Komplementärtherapeut Methode Faszientherapie evaluiert die vom Klienten ausgeführten Bewegungen nach den Gesetzen der sensorischen Biomechanik. Dies sind die Bewegungsqualität in der Langsamkeit und Entspannung, die Integration der grundlegenden Basiskoordination und die Kohärenz der Bewegungsmuster.

## **5.4. Befunderhebung der Wahrnehmungsfähigkeiten**

Der Komplementärtherapeut Methode Faszientherapie bewertet die Fähigkeit des Klienten, sein Innenleben während der Berührung durch den Therapeut bzw. während der Bewegungsübungen wahrzunehmen. Diese Evaluation bezieht sich einerseits auf objektive Phänomene wie die Art des vom Therapeuten ausgeübten Druckes oder die Wahrnehmung von Richtung, Amplitude und Geschwindigkeit der sich bewegenden Hand. Zum Anderen bewertet sie subjektive Phänomene wie z.B. das Wahrnehmen der durch die Hand des Therapeuten oder durch die Bewegungsübungen ausgelösten Veränderungen im eigenen Körper, z.B. Tonusveränderung, innere Wärme oder Gefühle von Globalität, Verankerung und Stabilität.

## **5.5. Befunderhebung am Ende der Therapiesitzung**

Nach der Körperarbeit lässt der Komplementärtherapeut Methode Faszientherapie den Klienten die Erlebnisinhalte der Sitzung beschreiben. Er begleitet ihn darin, die erlebte Erfahrung mit den im Anamnesegespräch geäußerten Bedürfnissen und Erwartungen zu verknüpfen.

Zusammen erkennen sie die in der Sitzung entdeckten Ressourcen und versuchen, diese in einen Bezug zu Problematiken im Alltag zu bringen. Sie evaluieren die Einsatzmöglichkeiten dieser Ressourcen im privaten und beruflichen Alltag mit dem Ziel, neue Strategien zu entwickeln, um positiv auf die Gesundheit einzuwirken und aus schädlichen Funktionsmustern herauszukommen.

Aufgrund der in der Sitzung neu gewonnenen Informationen erarbeiten Therapeut und Klient einen Plan für die weitere Begleitung und legen die vorrangigen Arbeitsfelder fest.

## **5.6. Befunderhebung am Anfang der folgenden Therapiesitzung**

Der Komplementärtherapeut Methode Faszientherapie befragt seinen Klienten über den Zeitraum zwischen den beiden Sitzungen:

- Entwicklung der Symptome?
- Umsetzung der bewusstgewordenen Ressourcen im privaten und beruflichen Bereich?
- Aufgetretene Schwierigkeiten?

Der Therapeut anerkennt die Bemühungen und Stärken seines Klienten und ermutigt ihn, diese in gewinnbringende Strategien umzusetzen.

Er evaluiert die Entwicklung der Problematiken sowie die Fähigkeit, die entdeckten Ressourcen ins Leben zu übertragen. Zusammen mit dem Klienten entwickelt er eine Strategie für die Begleitung in der anschließenden Sitzung.

## **6. Therapeutische Konzepte**

### **6.1 Ziele der Faszientherapie**

#### **6.1.1 Anregung der körpereigenen Regulationskräfte**

Der Komplementärtherapeut Methode Faszientherapie spricht die körpereigenen Regulationsmechanismen des Organismus an, damit der Körper seine volle Vitalität und Anpassungsfähigkeit angesichts der Herausforderungen des Lebens entfalten kann.

#### **6.1.2 Mobilisation und Lösen der Faszien Spannungen**

Die Berührungen des Therapeuten ermöglichen ein tiefgreifendes Lösen von Verspannungen sowie von verdichteter und unbeweglicher Materie im Körper und der damit verbundenen psychischen Anspannung. Sie gibt den Faszien ihre Beweglichkeit, Geschmeidigkeit und Anpassungsfähigkeit zurück.

#### **6.1.3 Steigerung der Wahrnehmungsfähigkeit**

Der Komplementärtherapeut Methode Faszientherapie lenkt die Aufmerksamkeit des Klienten auf seinen Körper und sein Innenleben. Er bringt ihm bei, die Veränderungen im Körper unmittelbar wahrzunehmen und sich der Beziehung zwischen Körper und Psyche bewusst zu werden.

#### **6.1.4. Erwerb neuer Kompetenzen im Umgang mit der eigenen Gesundheit**

Der Therapeut gibt seinem Klienten eine aktive Rolle bei der Erhaltung seiner Gesundheit. Er hilft ihm, seine inneren Ressourcen zu erkennen und diese im Alltag einzusetzen. Er unterstützt ihn bei der Entwicklung einer präziseren Wahrnehmung seiner selbst, insbesondere der Verbindungen zwischen Gedanken, Emotionen und Körper. Der Klient wird auf diese Weise weniger zum Opfer seiner eigenen Reaktionen, sondern lernt vielmehr, diese zu beobachten und neue Wege zu finden, auf gesundheitsfördernde Weise zu reagieren und zu handeln.

Durch das Bewusstwerden der verschiedenen Körperzustände nimmt der Klient sowohl seine Grenzen als auch seine Ressourcen immer besser wahr. Es gelingt ihm, Vorzeichen zu erkennen und prophylaktische Haltungen einzusetzen, um das Entstehen von Problemen zu vermeiden.

## 6.2 Werkzeuge der Faszientherapie

Die Faszientherapie verfügt über vier verschiedene, sich ergänzende Werkzeuge: den manuellen Ansatz, den bewegungsbezogenen Ansatz (auch *Sensorische Gymnastik* genannt), den introspektiven Ansatz (auch *Sensorische Introspektion* genannt) und den verbalen Ansatz.

### 6.2.1 Der manuelle Ansatz

Der manuelle Ansatz ist der erste Therapieschritt in der Faszientherapie. Er besteht aus einem manuellen Dialog mit der Inneren Bewegung des Körpers. Der Klient liegt bequem auf einer Liege. Der Komplementärtherapeut Methode Faszientherapie versetzt sich in eine Haltung des Zuhörens und der Introspektion und fördert so die unmittelbare Wahrnehmung der Gewebebewegung.

In einer ersten Phase werden die körpereigenen Regulationskräfte angeregt, damit diese ausreichend im Körper des Klienten zur Verfügung stehen, um anschliessend die verspannten und problematischen Bereiche zu lösen. Je nach Vitalitätszustand des Klienten kann diese Phase einige Minuten zu Beginn der Sitzung (hohe Vitalität) oder eine komplette, wenn nicht sogar mehrere Sitzungen in Anspruch nehmen (geringe Vitalität). Dafür regt der Therapeut das Gewebe unter Berücksichtigung der Physiologie in eine von ihm ausgesuchte Richtung an (Dehnung der Faszien) und setzt am Ende einer Amplitude einen Stützpunkt. Er wartet darauf, dass sich unter seinen Händen eine psychotonische Antwort aufbaut (Anregung der körpereigenen Regulationskräfte). Hat die Antwort ihre maximale Intensität erreicht, wartet der Therapeut noch ein wenig, bis im gedehnten Gewebe die Spannung abfällt. Dies ist das Zeichen, dass sich die Antwort in den Faszien verkörpert. Sodann bewegt der Therapeut in eine neue Richtung, die ihm diesmal der Körper des Klienten vorgibt. (Manchmal müssen mehrere Stützpunkte gesetzt werden, bevor der Körper spontan eine Richtung anzeigt. Solange der Körper keinen Hinweis gibt, wählt der Therapeut die Richtung aus.) Dies wiederholt der Therapeut so lange, bis die Antwort im Stützpunkt nicht mehr nur lokal (d.h. unter seinen Händen) stattfindet, sondern sich auch in entfernte Bereiche ausdehnt (sowohl in der Weite als auch in der Tiefe). Dies ist ein Zeichen, dass die Vitalität des Klienten zunimmt und sich die Regulationsprozesse potentialisieren.

Diese erste Phase wirkt bereits auf den Allgemeinzustand des Klienten und verhilft ihm zu vermehrter Entspannung, erhöhter Vitalität und einem Ankurbeln seiner inneren Ressourcen. Je nach Wunsch und Bedürfnis des Klienten ist sie manchmal schon ausreichend.

Kommt der Klient aufgrund konkreter Probleme (Rückenschmerzen, Verdauungsprobleme, Appetitlosigkeit, Stress,...), richtet der Therapeut im Anschluss an die erste Phase seine Arbeit auf dieses Anliegen aus. Dies betrifft sowohl die zu behandelnden Körperregionen als auch die darauf abgestimmte pädagogische Begleitung. Die manuelle Therapie ist dann anatomisch spezifischer ausgerichtet. Wie in der ersten Phase erfolgt sie durch ein Wechselspiel von Dehnungen des Gewebes (bzw. Folgen der spontanen Bewegung im Gewebe) und dem Setzen von Stützpunkten am Ende der Amplituden. Die Abfolge der Griffe richtet sich sowohl nach dem verbal geäußerten Anliegen des Klienten (z.B. Rückenschmerzen) als auch nach den über die Palpation wahrgenommenen stillen



Bedürfnissen des Körpers. Der Therapeut passt die Abfolge seiner Griffe an die verspannten Bereiche und Ankerpunkte an, die sich während der Stützpunkte im Körper zeigen. Der Komplementärtherapeut Methode Faszientherapie befindet sich also in ständiger Adaptation an das, was er mit seinen Händen wahrnimmt. Er achtet auch darauf, eine Kohärenz der Inneren Bewegung im Gewebe nach den Gesetzen der Biomechanik zu ermöglichen.

Diese Phase wird von verbalen Anleitungen begleitet, um die Wahrnehmung des Klienten auf seinen Körper und dessen Zustandsveränderungen zu lenken. So kann dieser den inneren Prozess, den er im Laufe der Sitzung durchlebt, aktiv erleben. Dies ist eine erste aktive Beteiligung des Klienten am Therapieprozess und wird in den Bewegungsübungen (sofern diese stattfinden) fortgeführt.

Am Ende der Sitzung sollte sich der Körper des Klienten in einem tonischen Gleichgewicht befinden, was sich durch einheitliche und schnelle Antworten (weniger als 3 Sekunden) in den Stützpunkten in den verschiedenen Körperbereichen zeigt. Es ist nicht immer möglich, eine Sitzung in diesem Gleichgewicht zu beenden. Der Therapeut bietet dem Klient in diesem Fall eine weitere Sitzung in kurzem Intervall (ca. eine Woche) an.

### 6.2.2 Der bewegungsbezogene Ansatz

Ist der Klient in der Lage, im Liegen sein Innenleben wahrzunehmen und baut er dazu eine Beziehung auf, integriert der Komplementärtherapeut Methode Faszientherapie den bewegungsbezogenen Ansatz in die Therapie. Die Bewegungsangebote führen den Klienten aus seinen meist automatisch und ohne Empfindungen ausgeführten Bewegungsgewohnheiten heraus und geben ihm einen neuen Bezug dazu. Der Klient wird aufgefordert, erst im Sitzen, dann im Stehen, Bewegungsabfolgen auszuführen. Diese folgen natürlichen Bewegungsabläufen und werden sehr langsam ausgeführt. Nach und nach synchronisiert sich die äussere Bewegung mit der wahrgenommenen Inneren Bewegung. Sie wird dadurch zu einer bewohnten, von innen getragenen Bewegung, einer Art Kontinuum zwischen innerer Dynamik und ihrem sichtbaren Ausdruck.

Die Übungen basieren auf Prinzipien der Kohärenz und der Koordination zwischen den verschiedenen Körpersegmenten und lassen im Körper ein Gefühl von Zusammengehörigkeit und Globalität entstehen. Eine präzise verbale und teilweise praktische Anleitung ist dabei sehr wichtig. Der Therapeut führt die Bewegung, dem Klienten gegenüberstehend, selbst aus und fügt Variationen bezüglich Koordination, Ausrichtung der Aufmerksamkeit, Absicht, ... an. Hinzu kommen Momente der freien Bewegung, in denen der Klient sich nicht nach einer vorgeschriebenen äusseren Form bewegt, sondern nach dem Empfinden seiner Inneren Bewegung.

Unter diesen Übungsbedingungen kann die Bewegung unbewusste Verhaltensweisen oder neue, noch nicht erkundete Möglichkeiten aufzeigen. Der Komplementärtherapeut Methode Faszientherapie hilft seinem Klienten, Verbindungen zwischen dem Erleben der Bewegung und einem bestimmten Verhalten herzustellen und diesen einen Sinn zu geben. Zum Beispiel:

- Die Art und Weise, wie sich der Klient bei einer Bewegung nach vorne erlebt, könnte ihm Aufschluss darüber geben, wie er eine Handlung angeht.

- Nimmt er bei einer Bewegung seine Beine neu wahr, kann ihm dies eine neue Stabilität geben, die er in seinem Leben weiter ausbauen kann.
- Die Langsamkeit gibt Zugang zu einer neuen Selbstwahrnehmung und eröffnet neue Wege, mit Stress umzugehen.
- etc.

Die verschiedenen Bewegungen bieten dem Klienten die Möglichkeit, sich selbst zu begegnen und auf tiefe, oft neuartige Weise kennenzulernen. Sie bieten eine Stütze, um über die Sitzungen hinaus sein Verhalten zu optimieren, im Leben allgemein sowie beim alltäglichen Umgang mit der Gesundheit.

Die Bewegungsübungen können vom Komplementärtherapeuten Methode Faszientherapie auch in Gruppen unterrichtet werden.

### 6.2.3 Der introspektive Ansatz

Ein drittes Werkzeug der Faszientherapie ist die *Sensorische Introspektion*, eine Meditationsform, bei der die Aufmerksamkeit auf die körperliche Innerlichkeit gerichtet wird. Es handelt sich um eine Selbstwahrnehmung, die zuerst empfunden wird, bevor sie intellektuell wird. Bevor man über sein Leben nachdenkt, muss man das Leben über die Materie des Körpers in sich spüren.

Der Klient sitzt bequem und mit geschlossenen Augen auf einem Stuhl. Der Komplementärtherapeut Methode Faszientherapie gibt verbale Anweisungen, die verschiedene perzeptiv-kognitive Systeme ansprechen, wie z.B. den Hörsinn, die Propriozeption, die unmittelbare Beobachtung, die Aufmerksamkeit oder die Absicht. So wird dem Klienten sein körperliches Erleben bewusst und er kann Verbindungen zu seinen Lebensumständen herstellen und diesen einen Sinn geben. Die Aufmerksamkeit wird sukzessive in verschiedene Richtungen gelenkt: der Klient soll sich seiner Körperhaltung und seiner Kontaktflächen mit dem Boden bewusst werden, den umgebenden Geräuschen und der Stille lauschen, die Materie des Körpers und die Innere Bewegung wahrnehmen sowie die damit verbundenen verschiedenen Stimmungen. Er soll auftauchende Emotionen und Gedanken beobachten und Fragen bezüglich eines aktuellen Themas oder Problems entstehen lassen. Die sensorische Introspektion orientiert sich an den Bedürfnissen des Klienten und soll Problemen entgegenwirken wie z.B. Wahrnehmungsarmut, Vorrang des Denkens, Widerstände gegenüber Neuem und Unbekanntem, Motivationslosigkeit und Desinteresse, ungesunder Umgang mit Stress, leichte Ablenkbarkeit. Die Anweisungen sind immer als Vorschläge zu verstehen und sollen nicht induzieren. Sie werden entweder als Fragen formuliert oder es werden mehrere Möglichkeiten vorgeschlagen. Der Klient beantwortet die Fragen zunächst für sich und bespricht sie erst im anschließenden Gespräch mit dem Therapeuten.

Die sensorische Introspektion kann vom Komplementärtherapeuten Methode Faszientherapie auch in Gruppen angeboten werden.

### 6.2.4 Der verbale Ansatz

Die verbale Begleitung ist integraler Bestandteil des therapeutischen Prozesses in der Faszientherapie und wird zu verschiedenen Zeitpunkten angewendet: vor, während und

nach der Körperarbeit. Vor der Körperarbeit findet das Anamnesegespräch mit der Ausarbeitung des Begleitungsplans statt (erläutert unter Punkt 5.1.) sowie das „zeitverzögerte Gespräch“, das weiter unten erklärt wird.

**Während der Körperarbeit** wird der Klient durch die verbale Begleitung in seiner Körperwahrnehmung angeleitet. Der Komplementärtherapeut nutzt klare und aufeinander aufbauende Anweisungen und Fragen, die an die Fähigkeiten des Klienten angepasst sind. Zum Beispiel:

- Können Sie mir beschreiben, in welche Richtung sich meine Hände bewegen?
- Mit welcher Geschwindigkeit bewegen sie sich? Ist dies schnell oder langsam?
- Übe ich mit meiner Berührung zu viel oder zu wenig Druck aus?
- Während des Stützpunktes, wenn sich meine Hände nicht bewegen, spüren Sie die Entstehung einer Reaktion, einer Veränderung in Ihrem Körper?
- Spüren Sie Reaktionen an Körperstellen, die von meinen Händen gerade nicht berührt werden?
- Spüren Sie Veränderungen Ihres Befindens?
- Etc...

Die verbale Begleitung schult die Wahrnehmung und die Aufmerksamkeit des Klienten, damit er seine inneren Zustände besser spürt. Er lernt, sein Erleben in Kategorien einzuordnen, Veränderungen und Entwicklungen zu erkennen sowie eine permanente, offene und evolutive Wahrnehmung zu entwickeln, die im Einklang mit der Prozessdynamik des Lebendigen steht. Zusätzlich wird die Aufmerksamkeit des Klienten auf Entspannungen im Gewebe und neugewonnene Bewegungsmöglichkeiten gelenkt, damit dieser sie besser wahrnehmen und in die Bewegungen des Alltags integrieren kann.

**Im Anschluss an die Körperarbeit** findet ein Austausch auf Basis des körperlich Wahrgenommenen statt, der verschiedene Ziele verfolgt:

1) Er bietet einen Raum zur Aussprache. Der Klient hat die Möglichkeit, über sein Erleben zu berichten. Durch die Beschreibung seiner neuartigen Empfindungen kann er sein Erleben anerkennen und integrieren. Der Therapeut Methode Faszientherapie unterstützt seinen Klienten durch Nachfragen bei der Beschreibung seiner Erfahrung, um diese so umfassend wie möglich zu machen. Mögliche Fragen sind zum Beispiel:

- Können Sie mir beschreiben, was sie während der Sitzung erlebt haben?
- Haben Sie neuartige Empfindungen gehabt?
- Sie sprechen von Wärme: Können Sie mir diese Wärme näher beschreiben? War sie lokal, diffus, global...? War sie von einem Gefühl begleitet?
- Wenn Sie mir sagen, das ging tief, was genau meinen Sie mit „tief“? Ging es anatomisch tiefer oder war es eine andere Form von Tiefe? Wie war es für Sie, diese Tiefe zu spüren?
- Etc...

2) Nach der umfassenden Beschreibung der Erfahrung hilft der Therapeut dem Klienten, aus seiner körperlichen Erfahrung zu lernen, die Bedeutung des Erlebten zu erfassen, eine Verbindung zwischen Wahrnehmungen und Gedanken herzustellen und die eigenen Lebensumstände unter dem Gesichtspunkt dieser neuen Wahrnehmung zu hinterfragen. Mögliche Fragen diesbezüglich sind zum Beispiel:

- Was lernen Sie aus dieser Empfindung? Welche Gedanken kamen Ihnen zu diesem Erlebnis?

- War dieses Erlebnis neu für Sie? Womit hängt es in Ihrem Leben zusammen?
- Was bringt Ihnen diese neue Information im Vergleich zu dem, was Sie bereits kennen?
- Was werden Sie mit dem Erlebten machen? Wie können Sie das in Ihrem Alltag umsetzen?
- Etc...

3) Der Komplementärtherapeut Methode Faszientherapie gibt seinem Klienten ein Feedback. Er anerkennt die in der Sitzung aufgetauchten Stärken und Ressourcen, die der Klient eventuell nicht erkannt hat oder deren Nutzen ihm nicht klar ist. Er unterstützt ihn bei der Integration des aus der körperlichen Erfahrung Gelernten. Er bestärkt ihn darin, mehr Verantwortung für seine Gesundheit zu übernehmen und sich dabei im Alltag auf die inneren, teilweise unerkannten Ressourcen zu stützen.

**Das zeitverzögerte Gespräch** wird am Anfang der folgenden Sitzung durchgeführt um abschätzen zu können, inwieweit der Klient das Gelernte in sein Privat- und Berufsleben integriert hat. Der Therapeut befragt seinen Klienten wie in Punkt 5.6 beschrieben und arbeitet zusammen mit ihm eine Strategie für die Begleitung in der anschliessenden Sitzung aus.

## 6.3 Ablauf einer Behandlung

Eine Begleitung durch die Methode Faszientherapie erfolgt gemäss der verschiedenen Phasen des komplementärtherapeutischen Prozesses: Begegnen, Bearbeiten, Integrieren, Transferieren

### 6.3.1 Erste Phase: Begegnen

In der ersten Phase werden das Anliegen des Klienten aufgenommen, eine Anamnese durchgeführt sowie die Ziele, Wirkungsweisen und Grenzen der Methode Faszientherapie dargelegt. Auf dieser Grundlage wird zusammen mit dem Klienten eine Strategie für die Begleitung ausgearbeitet.

Der Therapeut nimmt eine wohlwollende und wertfreie Haltung ein, entwickelt ein empathisches Verhalten und baut ein Vertrauensverhältnis zu seinem Klienten auf. Dieses entsteht auch durch die Qualität der Beziehungsberührung, die den Bedürfnissen des Körpers manuell zuhört und dem Klienten so das Gefühl gibt, gehört und respektiert zu werden.

### 6.3.2 Zweite Phase: Bearbeiten

Die zweite Phase umfasst die verschiedenen Ansätze der Körperarbeit: den manuellen, den bewegungsbezogenen und den introspektiven Ansatz. Dadurch werden die körpereigenen Regulationskräfte angeregt, die Selbstwahrnehmung des Körpers und der Bewegung geschult sowie die Aufmerksamkeit und die inneren Ressourcen gestärkt. Sie bieten dem Klienten eine Erfahrungsgrundlage, auf der er die Verbindungen zwischen seinen

Lebensumständen, seinem Körper, seinem Denken, seinem Verhalten und seiner Gesundheit analysieren kann. Zudem geben sie ihm die Möglichkeit, seine Einflussmöglichkeiten darauf zu erkennen.

### **6.3.3 Dritte Phase: Integrieren**

Der Komplementärtherapeut Methode Faszientherapie achtet darauf, dass der Klient die verschiedenen Erlebnisse aus den Sitzungen integrieren kann. Die verbale Begleitung während und nach der Übung ist dafür unerlässlich, da Empfindungen von Natur aus flüchtig sind. Der Klient bekommt die Möglichkeit, über sein Erleben zu berichten und seine Empfindungen zu beschreiben, um ihnen so Wert, Bestand und Anerkennung zu geben.

Der Klient kann sich auf seine neuen Empfindungen stützen und daraus ein neues Bezugssystem für seine Gesundheit schaffen. So stellt beispielsweise das Erleben einer Globalität des Körpers eine Möglichkeit für eine neue Bezugsgrösse bezüglich Gesundheit dar. Diese gilt es zu bewahren, um in einem guten physischen und psychischen Zustand zu bleiben. Der Klient, der diese Empfindung während der Sitzung hatte und anschliessend das Erlebte und dessen Wirkung in Worte fassen konnte, kann sich im Alltag auf diese Bezugsgrösse stützen. Der Therapeut arbeitet mit ihm daran, Haltungen und Einstellungen zu erkennen und zu entwickeln, die diesen Zustand der Globalität begünstigen. Er gibt ihm dafür zusätzlich Übungen für Zuhause.

Der Komplementärtherapeut Methode Faszientherapie unterstützt bestmöglich die Entwicklung der Behandlung. Er überlegt zusammen mit seinem Klienten, welche Wege hierfür eingeschlagen werden. Daher verändert sich die Begleitungsstrategie im Laufe der Therapie und passt sich an neue Gegebenheiten aus den Übungen und Gesprächen an. Der Therapeut berücksichtigt die Motivation des Klienten ebenso wie dessen Erlebnisse ausserhalb der Sitzungen.

### **6.3.4 Vierte Phase: Transferieren**

Die Erlebnisse und Erfahrungen aus den Sitzungen sollen so gut wie möglich im Privat- und Berufsleben des Klienten fortbestehen. Der Komplementärtherapeut Methode Faszientherapie unterstützt und begleitet seinen Klienten fortwährend in diesem Transferprozess. Er gibt z.B. Hinweise und Orientierungshilfen, um die Umsetzung im Alltag zu fördern und nicht in alte Muster zu fallen. Er hilft dem Klienten, eigene Ressourcen und Fähigkeit zu erkennen und anzuerkennen. Zu Beginn der nächsten Sitzung fragt er nach den Schwierigkeiten bei der Umsetzung und arbeitet zusammen mit dem Klienten neue Lösungen aus. Der Therapeut unterstützt und ermutigt die Entwicklung neuer Ideen rund um die Gesundheit und stimuliert die aktive Beteiligung des Klienten an diesem Prozess.

Um die positiven Effekte der Therapie zu verfestigen und die Autonomie des Klienten zu fördern, gibt der Komplementärtherapeut Methode Faszientherapie dem Klienten Bewegungsübungen und Übungen zur Introspektion als Hausaufgabe mit. Er bietet Gruppensitzungen an, in denen die Bewegungssequenzen und die Introspektion geübt werden. Dies ermöglicht eine Verfestigung und Vertiefung des individuellen therapeutischen Prozesses und erleichtert die Übertragung in den Alltag. Die Gruppendynamik begünstigt die Interaktion und stimuliert das Lernen durch den Erfahrungsaustausch untereinander.

### 6.3.5 Das Dialog- und Reziprozitätsprinzip

Die therapeutische Begleitung in der Faszientherapie ist in erster Linie eine Prozessbegleitung und baut auf eine Beziehung der Reziprozität zwischen Therapeut und Klient auf. Dieses Reziprozitätsprinzip äussert sich besonders in der Beziehungsberührung, die den Bedürfnissen des Körpers zuhört und sich fortwährend an die Reaktionen des Klienten anpasst.

Das Reziprozitätsprinzip äussert sich ebenso durch den Informationsaustausch während der Sitzung. Der Therapeut fragt nach, wie der Klient die Behandlung erlebt, was er wahrnimmt und empfindet. Dank dieser Informationen kann sich die Behandlung entwickeln und der Therapeut seine manuellen und pädagogischen Vorschläge anpassen. Bei diesem konstruktiven Austausch nimmt der Therapeut nicht die Rolle des Allwissenden an. Vielmehr geht es darum, auf Grundlage des Austauschs von Informationen, Wissen und Kompetenzen, gemeinsam den therapeutischen Prozess zu beschreiten.

## **7. Grenzen der Methode**

Die Faszientherapie ist für alle Altersstufen geeignet und wird therapeutisch, pädagogisch und begleitend ausgeübt. Der Komplementärtherapeut Methode Faszientherapie stellt keine Diagnosen und verschreibt keine Medikamente.

Er kennt die Grenzen seiner Methode und schlägt je nach Situation eine Zusammenarbeit mit medizinischen Fachkräften vor. Sobald eine Situation seine Kompetenzen überschreitet, empfiehlt er seinem Klienten, sich eine schulmedizinische Meinung einzuholen.

Hat sich nach 3-5 Sitzungen für den Klienten keine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingestellt und spürt er keine positiven Wirkungen der Therapie, müssen die Behandlungen im Einvernehmen zwischen Therapeut und Klient abgebrochen werden.

Die in der Faszientherapie angewendete Berührung ist sanft und respektvoll. Das Risiko, Verletzungen hervorzurufen, ist sehr gering. Dennoch gibt es einige Kontraindikationen:

- die Begleitung von Personen, die an psychiatrischen Störungen leiden (ausserhalb einer Anstalt und ohne für diese Zielgruppe ausgebildet zu sein)
- Phlebitis, Verdacht auf Blutgerinnsel (Thrombus)
- nach Schlaganfall sollte eine Behandlung frühestens nach 3 Monaten stattfinden
- Risikoschwangerschaften müssen von einem Therapeuten mit ausreichender Erfahrung begleitet werden.

## **8. Differenzierung der für die Methode spezifischen Handlungskompetenzen (optional)**

## 9. Methodenspezifische Ressourcen

### 9.1 Kenntnisse

#### 9.1.1 Anatomie und Physiologie

- Faszien: Klassifizierung, Funktionen, dynamische Anatomie, Physiologie, Biotensegrität, die Faszien innerhalb der somatopsychischen Einheit
- Anatomie der Faszien des Bewegungsapparates sowie des kranialen und viszeralen Bereiches
- Verständnis der Verbindungen zwischen Körper und Psyche über die Selbstregulationssysteme des Körpers; spezifisches Verständnis der Herangehensweise in der Faszientherapie
- Bewegungssinn, kinästhetische Wahrnehmung, Propriozeption und Interozeption, Grundkenntnisse des motorischen und perzeptiven Habitus, zerebrale Plastizität, Tastsinn
- Schmerz, Leid, Somatisierung und somatoforme Störung; spezifisches Verständnis der Herangehensweise in der Faszientherapie

#### 9.1.2 Theoretische und praktische Konzepte der Faszientherapie

- Geschichte und Ursprung der Faszientherapie, Abgrenzung zur Osteopathie, Entstehung des bewegungsbezogenen, introspektiven und pädagogischen Ansatzes, Wirkungsfelder
- Das Konzept der Inneren Bewegung als Selbstregulationsprinzip und Wachstumskraft, die verschiedenen Ausdrucksformen der Inneren Bewegung
- Die acht Resonanzwege eines Schocks
- Die verschiedenen Arten der Berührung in der Faszientherapie: dynamische Begleitung, Stützpunkt, symptombezogene Berührung, Beziehungsberührung, das Schieben/Gleiten
- Das Konzept des Stützpunktes und die dabei verwendeten Evaluationsarten:
  - Zeitspanne bis Erscheinen der Antwort
  - Phase der psychotonischen Konfrontation
  - Schwelle des maximalen Tonusanstiegs
  - Abfall der Tonusspannung
  - Entstehung einer neuen Inneren Bewegung
- Das Modell des Psychotonus: neurophysiologische und psychologische Aspekte, somatopsychische Anpassungsfunktionen, Zusammenhang zwischen physischem und psychischem Tonus



- Das Konzept des somatopsychischen Einstimmens
- Das Modell des sensorischen Biorhythmus, Methoden zur Befunderhebung und Harmonisierung
- Das Modell der sensorischen Biomechanik, Gesetze und Evaluationsmethoden zur Kohärenz der Bewegung:
  - Gesetz des Zusammenspiels von linearer und zirkulärer Bewegung (grundlegende Basiskoordination)
  - Gesetz der Dissoziation der Pole
  - Assoziationsmuster der Bewegungen (Konvergenz und Divergenz)
  - Mikro-Gelenkspiel
- Die Anwendung des Modells der sensorischen Biomechanik auf den Bewegungsapparat sowie den viszeralen und kranialen Bereich
- Das Modell der perzeptiv-kognitiven Veränderbarkeit
- Die 7 Etappen des therapeutischen Prozesses in der Faszientherapie
- Das Konzept der Prozessspirale der Beziehung zum Sensiblen
- Das Konzept der Schulbarkeit der Wahrnehmung
- Die Anwendung der manuellen Befundungs- und Harmonisierungstechniken bei der Behandlung des Bewegungsapparates sowie des viszeralen und kranialen Bereiches
- Die Grundlagen der sensorischen Rehabilitation in der Faszientherapie: Langsamkeit, lineare Komponenten der Bewegung, Assoziationsmuster der Bewegungen, Aufmerksamkeit, Absicht
- Die Grundlagen und pädagogischen Prinzipien des bewegungsbezogenen Ansatzes: Langsamkeit, Wahrnehmung, Basisbewegung, grundlegende Basiskoordination, Haltung, das *Gesetz der drei Mal*, das *Gesetz des Bolero von Ravel* (Bezeichnung für das aufeinander Aufbauen der Anweisungen), aktuierende Reziprozität
- Die Grundlagen und pädagogischen Prinzipien des introspektiven Ansatzes
- Das Kategorienraster zum bewussten Lenken der Aufmerksamkeit
- Die Ziele und Phasen des körpervermittelten Gesprächs
- Die in der Faszientherapie angewandten Beziehungshaltungen: aktuierende Reziprozität, aktive Neutralität, informative Direktivität
- Die verschiedenen Etappen der Begleitung in der Faszientherapie: Erkennen der Bedürfnisse des Klienten, gemeinsame Ausarbeitung der Begleitung, Körperarbeit unter Anwendung der verschiedenen Werkzeuge, Integration der Erlebnisse und Übertragung in den Alltag
- Das Anamnesegespräch in der Faszientherapie

### 9.1.3 Menschen- und Gesundheitsbild

- Das Konzept der Potentialität und die humanistische Psychologie
- Gesundheitsverständnis durch Eigenwahrnehmung und Patientenschulung

- Heilen, Behandeln, Lernen aus Erfahrung
- Die verschiedenen Status des Körper: der Körper als Objekt, der Körper als Subjekt, der sensible Körper
- Einführung in die Philosophie des Paradigmas des Sensiblen

## 9.2 Fähigkeiten

### 9.2.1 Manuelle Fähigkeiten

- Anregen der körpereigenen Regulationskräfte über den manuellen Stützpunkt
- Manuelles Zuhören des Gewebes, Erkennen der Bedürfnisse des Körpers, entsprechendes Ausrichten der Therapie
- Gleichzeitiges Anwenden der Beziehungsberührung und der symptombezogenen Berührung
- Anwenden des Schieben/Gleiten
- Erkennen der verschiedenen Faszien des Körpers und entsprechendes Ausrichten der manuellen Behandlung
- Anwenden der verschiedenen Techniken des manuellen somatopsychischen Einstimmens
- Die Behandlung des neurovegetativen Systems und von Stresszuständen;
- Erkennen der globalen Anordnung von Verspannungen und Bewegungseinschränkungen anhand der Befunderhebung im Stützpunkt, der sensorischen Biomechanik sowie anhand des sensorischen Biorhythmus
- Anwenden der verschiedenen Techniken in den verschiedenen Körperbereichen (Bewegungsapparat, viszeraler und kranialer Bereich)
- Kennen und Anwenden der Prinzipien der direkten und der provozierten Pulsologie, der Pumptechniken und der Flüssigkeitsdrainage

### 9.2.2 Fähigkeiten bezüglich des bewegungsbezogenen und des introspektiven Ansatzes

- Anwenden der pädagogischen Prinzipien des bewegungsbezogenen Ansatzes: Langsamkeit, Wahrnehmung, Basisbewegung, grundlegende Basiskoordination, Haltung, *Gesetz der 3 Mal*, *Gesetz des Bolero von Ravel*, aktiverende Reziprozität
- Kennen und Vermitteln der Techniken des somatopsychischen Einstimmens
- Anwenden der Prinzipien der sensorischen Rehabilitation bei Haltungs- und Bewegungsstörungen
- Kennen und Anwenden der pädagogischen Prinzipien bei Gruppen (sensorische Introspektion und Bewegungsübungen)

### 9.2.3. Fähigkeiten bezüglich der Begleitung des Klienten in seinem therapeutischen Prozess

- Klares und deutliches Kommunizieren der Definition, der Ziele, Möglichkeiten und Grenzen der Komplementärtherapie Methode Faszientherapie
- Erstellen eines Behandlungs- und Begleitungsplans auf Grundlage der Informationen aus Anamnese, Palpation und Bewegungsverhalten; diesen bei Bedarf anpassen je nach Schwierigkeiten, Widerständen, Erwartungen, Zielen, Veränderungen, Entwicklungen
- Durchführen eines körpervermittelten Gesprächs, das auf den Klienten zugeschnitten und an den Begleitungsplan angepasst ist; es findet jeweils nach dem manuellen, bewegungsbezogen und introspektiven Einstimmen statt
- Begleitung aller Phasen von der körperlichen Empfindung über das Verstehen hin zur Übertragung in den Alltag
- Anwendung der theoretischen Modelle im therapeutischen Prozess: die perzeptiv-kognitive Veränderbarkeit, die Prozessspirale der Beziehung zum Sensiblen, die 7 Etappen des Transformationsprozesses
- Anpassen und Kombinieren der verschiedenen Werkzeuge der Faszientherapie an die Bedürfnisse und Ressourcen des Klienten
- Herstellen einer Verbindung zwischen zwei Sitzungen durch Eigenübungen für Zuhause
- Führen eines Gesprächs zu Beginn der folgenden Sitzung über die in der Zwischenzeit aufgetauchten Verbesserungen und Schwierigkeiten
- Begleiten des Klienten in den verschiedenen Etappen des therapeutischen Prozesses: Anamnese, Ausarbeitung des Begleitungsplans, Auswertung der Verbesserungen, Übertragung in den Alltag, Selbständig werden im Heilungsprozess

### 9.2.4 Fachübergreifende Kompetenzen

- Einwirken auf die somatopsychische Einheit durch manuelle Berührung, Bewegungsübungen und Gespräche
- Permanentes Anpassen und Regulieren der therapeutischen Handlungen an die unmittelbar auftauchenden Informationen
- Anwenden der Gesetze der sensorischen Biomechanik auf den eigenen Körper, sowohl in Bewegung als auch in der manuellen und der bewegungsbezogenen Begleitung
- Einnehmen der Haltung der aktiveren Reziprozität und der aktiven Neutralität in der Beziehung zum Klienten und in den verschiedenen Phasen der Begleitung (manuelle Therapie, Bewegungstherapie, Introspektion, Gespräch)
- Anwenden einer Pädagogik der direktiven Informativität, um dem Klienten einen Zugang zu neuen Wahrnehmungen und Informationen zu ermöglichen (bezüglich der Beziehung zu seinem Körper und seinem Heilungsprozess)

- Anpassen der therapeutischen und pädagogischen Handlungen an die perzeptiv-kognitiven Kompetenzen des Klienten
- Fördern der Prozesse der Wahrnehmungsschulung und Potentialentfaltung, Lenken der Aufmerksamkeit auf die körperlichen Ressourcen und Verbessern der Eigenwahrnehmung des Klienten

### **9.3 Haltungen**

- Sich selbst weiterbilden, um Andere besser begleiten zu können
- Regelmässiges Praktizieren der Werkzeuge der Faszientherapie zur Weiterentwicklung der Körperwahrnehmung und zur Entwicklung einer guten Beziehung zu sich selbst auf Grundlage des Sensiblen
- Einnehmen einer wertfreien, respektvollen, wohlwollenden Haltung gegenüber dem Klienten
- Einnehmen einer aktiven Neutralität und aktuierenden Reziprozität in den therapeutischen Handlungen
- Betrachten des Klienten als Akteur seines Heilungsprozesses; Einbeziehen des Klienten in die Behandlung und die therapeutische Ausrichtung
- Fördern des Klienten in seiner Selbständigkeit
- Reflektieren der Therapie, um die therapeutischen und pädagogischen Prozesse besser zu verstehen; sich selbst hinterfragen, um sich in seiner Praxis weiterzuentwickeln
- Erkennen der eigenen Kompetenzen und der Grenzen der Berufsausübung; bei Bedarf Überweisen des Klienten an Kollegen oder Netzwerkpartner im Gesundheitsbereich

## 10. Positionierung der Methode

### 10.1 Verhältnis zur alternativen und klassischen Medizin

Die Faszientherapie sieht sich als Ergänzung zur klassischen und zur alternativen Medizin. Sie kann unabhängig zu dieser durchgeführt werden oder auch vor, während oder im Anschluss an eine klassische oder alternative Behandlung. Der Komplementärtherapeut Methode Faszientherapie empfiehlt seinem Klienten bei Bedarf das Einholen einer ärztlichen Meinung. Er erkundigt sich nach den medizinischen Diagnosen, eventueller Medikamenteneinnahme und berücksichtigt dies in seiner therapeutischen Begleitung.

### 10.2 Abgrenzung gegenüber anderen Methoden und Berufen

#### 10.2.1 Abgrenzung zur Osteopathie

Die Faszientherapie hat sich aus der Osteopathie entwickelt. Beide Therapien haben gemeinsame Fundamente wie z.B. die das Betrachten des menschlichen Körpers als eine Funktionseinheit und das Ansprechen der körpereigenen Regulationskräfte. Die folgenden Punkte unterscheiden sich jedoch von der Osteopathie:

- Die der Faszientherapie eigene Beziehungsberührung verweist auf den somatopsychischen Aspekt, der sich von der in der Osteopathie verbreiteten psychosomatischen Strömung unterscheidet. In der Faszientherapie geht vom Körper eine Prozessdynamik aus, die zu einem neuen Verständnis des Erlebten führt.
- In der Faszientherapie erfolgen die Behandlung und deren Evaluation gleichzeitig: Der Therapeut wertet laufend die Wirkungen seines Handelns aus und passt sein weiteres Vorgehen entsprechend an. In der Osteopathie hingegen gibt es nacheinander eine Testphase, eine Behandlungsphase und eine neue Testphase zur Kontrolle.
- In der Faszientherapie erfolgt die Befunderhebung über die Wahrnehmung des Therapeuten und nicht, wie in der Osteopathie, über aktive Tests oder Tests zur Gewebedichte
- Die Osteopathie basiert in erster Linie auf der manuellen Behandlung. In der Faszientherapie hingegen gibt es neben der manuellen Therapie noch 3 weitere Werkzeuge, den bewegungsbezogenen Ansatz, den introspektiven Ansatz und das Gespräch. Diese unterstützen die Selbstwahrnehmung und fördern die Entwicklung neuer Kompetenzen im Umgang mit der eigenen Gesundheit.
- Die Faszientherapie bietet Werkzeuge, die sowohl die Selbständigkeit des Klienten fördern als auch die persönliche Entwicklung des Therapeuten. Diese Werkzeuge aus

dem introspektiven und bewegungsbezogenen Ansatz verbessern die Beziehung des Therapeuten zu sich selbst, schärfen seine Wahrnehmung und erweitern die Kompetenzen im Umgang mit der eigenen körperlichen und psychischen Gesundheit. Dies verbessert die Qualität der beruflichen Praxis. Die Osteopathie bietet diese Werkzeuge nicht.

### 10.2.2 Abgrenzung zur Craniosacral-Therapie

Sowohl die Faszientherapie als auch die Craniosacral-Therapie arbeiten mit einer oder mehreren langsamen inneren Bewegungen. Sie unterscheiden sich jedoch voneinander durch folgende Punkte :

- Der Komplementärtherapeut Methode Craniosacral-Therapie richtet seine Aufmerksamkeit primär auf den Rhythmus des Liquor cerebrospinalis und die verschiedenen Rhythmen des Körpers. Der Komplementärtherapeut Methode Faszientherapie hingegen richtet seine Aufmerksamkeit in erster Linie auf die Innere Bewegung in den Faszien und auf die Tonusmodulation.
- Sowohl in der Craniosacral-Therapie als auch in der Faszientherapie fördert die Behandlung einen Zustand der Introspektion beim Klienten. Die Faszientherapie bietet zusätzlich die sensorische Introspektion in Gruppen an, verbal von einem Therapeuten angeleitet.
- Nach einer manuellen Therapie bietet die Faszientherapie Bewegungsübungen an, um die Selbständigkeit des Klienten zu fördern, entweder in Gruppen oder in Einzelsitzungen. In der Craniosacral-Therapie gibt es diese nicht.

### 10.2.3 Abgrenzung zur strukturellen Integration (Rolfing)

Sowohl die Faszientherapie als auch die strukturelle Integration behandeln die Faszien, um deren verschiedene Funktionen wiederherzustellen (Elastizität, Gleiten, Formbarkeit, etc.). Sie unterscheiden sich jedoch in folgenden Punkten:

- Die Methode der Strukturellen Integration wurde von Dr. Ida Rolf (1893-1970) entwickelt. Ihre Forschungen zu psychischen, physischen und psychosomatischen Themen basieren auf den Kenntnissen der manuellen und kinetischen Therapien ihrer Zeit (1940er Jahre). Die Faszientherapie hingegen beruft sich auf die Gedanken von Still und schreibt sich in die osteopathische Philosophie ein. Zudem stützt sie sich auf die in den Forschungsarbeiten von Prof. Danis Bois (\*1949) entwickelten Theorien und Konzepte der Faszientherapie. Sie beruht auf der körpereigenen inneren Regulationskraft, die *Innere Bewegung* genannt wird. Diese gibt es in der Strukturellen Integration nicht.
- Die Strukturelle Integration beeinflusst durch Zug und Druck das hydrostatische System des Gewebes. Die Berührung in der Faszientherapie hingegen besteht aus einem Wechselspiel von langsamem Verschieben des Gewebes und Stützpunkten.
- Die Bewegungsarbeit in der Strukturellen Integration hat zum Ziel, eine mühelose Aufrichtung zu erreichen und die Interaktion zwischen den verschiedenen

Körpersegmenten sowie ihre Beziehung zur Schwerkraft zu verbessern. Der bewegungsbezogene Ansatz der Faszientherapie hingegen zielt auf das Wahrnehmen der Bewegung ab und auf eine auf die Innere Bewegung abgestimmte Ausführung.

#### 10.2.4 Abgrenzung zum Rebalancing

Sowohl das Rebalancing als auch die Faszientherapie arbeiten in ihren Behandlungen mit den Faszien und zielen darauf ab, das physische, psychische und emotionale Gleichgewicht des Klienten wiederherzustellen. Sie unterscheiden sich jedoch durch folgende Punkte :

- Die Faszientherapie beruft sich auf die körpereigene innere Regulationskraft, die *Innere Bewegung* genannt wird. Diese gibt es im Rebalancing nicht.
- Im Rebalancing wird der Erstbefund anhand eines Sichtbefundes erstellt. In der Faszientherapie hingegen geschieht dies über eine manuelle Evaluation der Faszien und der Inneren Bewegung in den verschiedenen Körperbereichen.
- Während die Methode des Rebalancing auf ein System von 10 aufeinander folgenden Sitzungen beruht, gibt es in der Faszientherapie keine definierte Anzahl an Behandlungen. Diese variiert vielmehr je nach Klient und seinen momentanen vitalen Ressourcen.

## 11. Umfang und Struktur der KT-Ausbildung für den methodenspezifischen Teil

Die Faszientherapie-Ausbildung dauert mindestens drei Jahre und umfasst mindestens 1250 Stunden (Kontaktstunden und Selbststudium), davon mindestens 500 Kontaktstunden.

Der Inhalt der Ausbildung beruht auf dem Erwerb der unter Punkt 9 definierten Kenntnisse, Fähigkeiten und Haltungen.

## Literaturverzeichnis

- Angibaud, A. (2011). *La fasciathérapie et le mal être. La voie du corps sensible dans la gestion du mal être somato-psychique*. Porto : Universidade Fernando Pessoa, master en psychopédagogie perceptive.
- Arni, C. (2009). *Corps et formation en fasciathérapie: Une nouvelle pratique du toucher à l'épreuve de la phénoménologie*. Louvain-la-Neuve : Université Catholique de Louvain, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Institut de Formation en sciences de l'éducation, FOPA, mémoire de licence.
- Berger, E. (2006). *La somato-psychopédagogie ou comment se former à l'intelligence du corps*. Ivry sur Seine : Point d'Appui.
- Berger, E. (2009). *Rapport au corps et création de sens en formation d'adultes – Etude à partir du modèle somato-psychopédagogique*. Paris : Université Paris 8, Ecole doctorale 401 en sciences sociales, thèse de doctorat.
- Berger, E. & Bois, D. (2002). Le sensible et le mouvement : la Méthode Danis Bois entre neurosciences et philosophie de l'action. *Thérapie psychomotrice et recherche*, n° 123, p. 80-89.
- Bois, D. (1984). *Concepts fondamentaux de fasciathérapie et de pulsologie profonde*. Paris : Editions Maloine.
- Bois, D. (1985). *Fascias, sang, rythmes, complices dans les pathologies fonctionnelles*. Paris: SPEK.
- Bois, D. (1989). *La vie entre les mains*. Paris : Guy Tredaniel.
- Bois, D. (1990). *Une thérapie manuelle de la profondeur*. Paris : Trédaniel.
- Bois, D. (2002). Intérêt de la perception kinesthésique dans le cadre de la rééducation. *Profession Kiné Plus*, septembre 2002, p. 10-15.
- Bois, D. (2006). *Le moi renouvelé, introduction à la somato-psychopédagogie*. Paris : Point d'Appui. [D. Übers : Bois, D. (2008). *Das erneuerte Ich. Einführung in die Somato-Psychopädagogik*, Berlin : Ulrich Leutner.]
- Bois, D. (2007). *Le corps sensible et la transformation des représentations chez l'adulte - Vers un accompagnement perceptivo-cognitif à médiation du corps sensible*. Séville : Université de Séville, Département didactique et organisation des institutions éducatives, thèse de doctorat européen.
- Bois, D. (2008). De la fasciathérapie à la somato-psychopédagogie : analyse biographique du processus d'émergence de nouvelles disciplines, in *Réciprocités*, n°2, mai 2008, p. 6-18. [Bois, D. (2008). Von der Faszientherapie zur Somato-Psychopädagogik. Entstehungsprozess neuer Disziplinen. *Réciprocités* Nr. 2, D. Übers. von Karin Klepsch, URL : [https://www.aemf.info/user-files/pdf/faszientherapie\\_pp.pdf](https://www.aemf.info/user-files/pdf/faszientherapie_pp.pdf)].
- Bois, D. & Austry, D. (2007). Vers l'émergence du paradigme du Sensible. *Réciprocités*, n°1, novembre 2007, p. 6-22. [D. Übers: Bois, D., Austry, D. (2015). Die Entstehung des



- Paradigma des Sinnlichen. *Réciprocités* Nr. 1, D. Übers. Von Karin Klepsch, URL: [https://www.aemf.info/userfiles/pdf/Die\\_Entstehung\\_des\\_Paradigma\\_des\\_Sinnlichen.pdf](https://www.aemf.info/userfiles/pdf/Die_Entstehung_des_Paradigma_des_Sinnlichen.pdf)].
- Bois, D. & Bourhis, H. (2010). Approche somato-psychique dans le champ de l'éducation à la santé : analyse biographique du récit de vie d'un patient formateur à l'épreuve du cancer. *Pratiques de formation et analyses*, n° 58-59, p. 229-246.
- Bois, D., Josso, M.-C. & Humpich, M. (dir.) (2009). *Sujet sensible et renouvellement du moi, les apports de la fasciathérapie et de la somato-psychopédagogie*. Ivry : Point d'appui .
- Bouchet, V. (2006). *Psychopédagogie perceptive et motivation immanente : étude du rapport à la motivation dans un accompagnement à médiation corporelle d'adultes en quête de sens*. Lisbonne : Université moderne de Lisbonne, mémoire de mestrado en psychopédagogie perceptive.
- Bouchet, V. (2015). *Accompagnement en Psychopédagogie perceptive et Estime de soi – Recherche qualitative et quantitative auprès d'une population de personnes accompagnées en psychopédagogie perceptive*. Porto : Université Fernando Pessoa, Sciences sociales, spécialité psychologie, thèse de doctorat.
- Bourhis, H. (2009). La directivité informative dans le guidage d'une mise en sens de la subjectivité corporelle : une méthodologie pour mettre en évidence des donations de sens du corps sensible. In D. Bois, M.-C. Josso & M. Humpich (dir.), *Sujet sensible et renouvellement du moi*. Ivry-sur-Seine : Point d'Appui, p. 245-270.
- Bourhis, H. (2009). Pédagogie du Sensible et enrichissement des potentialités perceptives : accéder à la réciprocité actuante. In D. Bois & M. Humpich (dir.), *Vers l'accomplissement de l'être humain: Soin, croissance et formation*. Ivry-sur-Seine : Éditions Point d'appui, p. 293-304.
- Bourhis, H. (2012). *Toucher manuel de relation sur le mode du Sensible et Intelligence sensorielle*. Paris : Université Paris 8, Sciences Sociales, thèse de doctorat .
- Bourhis, H. & Bois, D. (2010). La mobilisation introspective du Sensible : un mode opératoire visant l'enrichissement perceptif, la saisie et la mise en sens de la subjectivité corporelle. *Réciprocités*, n° 4, janvier 2010, p. 6-12.
- Convard, C. (2013). *Fasciathérapie et anxiété sportive – Étude des effets de séances de fasciathérapie sur l'anxiété de 5 compétitrices en gymnastique rythmique*. Porto : Université Fernando Pessoa, mémoire de Mestrado en kinésithérapie sportive.
- Courraud, C. (2004). La fasciathérapie : vers une approche novatrice de la douleur physique et de la souffrance psychique. *SNKG : courrier des adhérents*, Janvier-Février-Mars 2014, p. 12-16.
- Courraud, C. (2007). *Toucher psychotonique et relation d'aide : l'accompagnement de la personne dans le cadre de la kinésithérapie et de la fasciathérapie*. Lisbonne : Université Moderne de Lisbonne, mémoire de mestrado en psychopédagogie perceptive.

- Courraud, C. (2007). Fasciathérapie et relation d'aide. Le toucher psychotonique et son application sur la relation d'aide au patient en kinésithérapie. *Mains Libres*, n°4, juillet 2007, p. 151-158.
- Courraud-Bourhis, H. (2005). *Biomécanique sensorielle et biorythmie*. Paris : Point d'Appui, les cahiers de la mdb.
- Dupuis, C. (2012). *Fibromyalgie, douleur et fasciathérapie: Etude des effets somatiques, psychiques et sociaux*. Porto : Université Fernando Pessoa, mémoire de mestrado en psychopédagogie perceptive.
- Duval, T. (2010). *Fasciathérapie et transformation du rapport à la santé : Etude auprès de patients suivis en fasciathérapie*. Porto : Universidade Fernando Pessoa, master en psychopédagogie perceptive.
- Eschalier, I. (2005). *La fasciathérapie : Une nouvelle méthode pour le bien-être*. Paris : Le Cherche Midi.
- Eschalier, I. (2009). *La gymnastique sensorielle pour tous*. Paris : Guy Trédaniel éditeur.
- Findley, T. (2009). *Second international fascia research congress*. International Journal of Therapeutic Massage & Bodywork, 2(2), p. 1.
- Gendlin, E.T. (1962). *Experiencing and the creation of meaning: a philosophical and psychological approach to the subjectivitive*. New York : Free Press.
- Gros, M. (2009). *L'enseignement de l'annonce de maladie grave dans la formation médicale : enjeux, état des lieux, impacts*. Lyon I : Lyon-Sud, Th. Méd.
- Honoré, B. (1992). *Vers l'œuvre de formation. L'ouverture à l'existence*. Paris : L'Harmattan.
- Honoré, B. (2003). *Pour une philosophie de la formation et du soin : La mise en perspective des pratiques*. Paris : L'Harmattan.
- Leao, M. (2002). *Le prémouvement anticipatoire, la présence scénique et l'action organique du performer, Méthodes d'entraînement à travers la méthode Danis Bois*. Paris: Université de Paris VIII, UFR Arts, Philosophie et Esthétique, thèse de doctorat en Esthétique, Science et Technologie des Arts – Option Études Théâtrales et Chorégraphiques.
- Maine de Biran (1995). *De l'aperception immédiate. Œuvres complètes (tome IV)*. Paris : Vrin.
- Marchand, H. (2010). Le point d'appui manuel en fasciathérapie : outil d'évaluation et de normalisation. *Mains libres*, n° 7, 2010, p. 1-5.
- Marty, M.C. (2012). *Émergence et transformation du concept et de la pratique du point d'appui*. Porto : Université Fernando Pessoa, mémoire de Mestrado en psychopédagogie perceptive.
- Maslow, A. (1972). *Vers une psychologie de l'être*. Paris : Fayard.
- Noël, A. (2000). *La gymnastique sensorielle : un nouveau regard sur le mouvement*. Paris : Editions Point d'Appui.
- Payrau, B., Quéré, N. & Bois, D. 2011, Vascular fasciatherapy Danis Bois method : a study on mechanism concerning the supporting point applied on arteries. *International Journal of Therapeutic Massage and Bodywork*, volume 4, Number 4, December 2011.

Indexed in Medline.

- Quéré, N. (2004) *La pulsologie méthode Danis Bois*. Paris : Editions Point d'appui.
- Quéré, N. (2010). *La Fasciathérapie Méthode Danis Bois et les fascias sous l'éclairage des recherches scientifiques actuelles. Aspects tissulaires, vasculaires, cellulaires et biochimiques*. Porto : Université Fernando Pessoa, mestrado en psychopédagogie perceptive.
- Quéré, N. (2010). Impacts du traitement en fasciathérapie vasculaire -Méthode Danis Bois- sur les phénomènes inflammatoires du stress. *Mains Libres*, n°1, janvier 2010, p.1-11.
- Quéré, N., Noël, E., Lieutaud, A. & D'Alessio, P. (2008), Fasciathérapie combined with pulsology touch induces changes in blood turbulence potentially beneficial for vascular endothelium. *Journal of Bodywork and Movement Therapy*, doi:10.1016/j.jbmt.2008.06.012.
- Rogers, C. (1970). *La relation d'aide et la psychothérapie*. Paris : ESF.
- Roosen, P., Rosier, P., Sercu, P., Vanden Borre, K., De Ridder R. & Mahieu, N. (2011). The influence of a single fasciathérapie treatment (Danis Bois) on the muscle strength of young sportsmen with a subacute ankle sprain. *Fasciacongress*, Vancouver, 2011.
- Rosenberg, S. (2007). *Le statut de la parole du sensible*. Lisbonne : Université Moderne de Lisbonne, mémoire de mestrado en psychopédagogie perceptive. [Auszüge aus der Masterarbeit von S. Rosenberg, D. Übers. von Karin Klepsch, URL: [https://www.aemf.info/user-files/pdf/master\\_s\\_rosenberg\\_1.1.pdf](https://www.aemf.info/user-files/pdf/master_s_rosenberg_1.1.pdf)].
- Rosenberg, S. (2009). La parole du Sensible : de l'expérience en première personne au point de vue en première personne. In D. Bois & M. Humpich (dir.), *Vers l'accomplissement de l'être humain : soin, croissance et formation*. Ivry sur Seine : Point d'Appui, p. 309-326.
- Rosier, P. (2012). *La Fasciathérapie Méthode Danis Bois et la récupération physique, mentale et somato-psychique du sportif de haut niveau. Evaluation quantitative et qualitative auprès d'une population de sportifs de haut niveau*. Porto : Université Fernando Pessoa, thèse de doctorat.
- Schleip, R. (2003). Fascial plasticity - a new neurobiological explanation : Part 1. *Journal of Bodywork and movement therapies*, 7(1), p. 11–19.
- Schleip, R., Klingler, W. & Lehmann-Horn, F. (2005). Active fascial contractility : Fascia may be able to contract in a smooth muscle-like manner and thereby influence musculoskeletal dynamics. *Medical hypotheses*, 65(2), p. 273–277.
- Sercu, P. (2011). *Rééducation sensorielle auprès de patients souffrant de douleur aspécifique du dos - Influence sur le confort du mouvement et la douleur*. Porto : Université Fernando Pessoa, mémoire de master de psychopédagogie perceptive.
- Simmonds, N., Miller, P. & Gemmell, H. (2010). A theoretical framework for the role of fascia in manual therapy. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*.
- Spinoza, B. (1954). *L'éthique*. Paris : Gallimard.

Van der Wal, J.C. (2009). The architecture of the connective tissue in the musculoskeletal system – an often overlooked functional parameter as to proprioception in the locomotor apparatus. *Fascia Research II, proceedings of the Second Fascia Congress*. Ulm University, The Netherlands : FRC; p. 21–35.