



Identificazione del Metodo IDMET

Fasciaterapia

Sommario

1. Denominazione del metodo	5
2. Breve descrizione del metodo	5
3. Storia, filosofia e diffusione.....	7
3.1 Storia	7
3.2 Filosofia	9
3.2.1 Visione dell'uomo.....	9
3.2.2 Il Sensibile: tipologia di percezione specifica usata in fasciaterapia	9
3.2.3 Comprensione della salute.....	10
4. Modello teorico di base.....	11
4.1 Il movimento interno	11
4.2 La fascia	12
4.2.1 Il continuum fasciale	12
4.2.2 La fascia, tessuto sensibile	12
4.2.3 La fascia, tessuto "plastico"	12
4.2.4 La fascia, tessuto dotato di memoria	13
4.3 Il punto di appoggio e lo psicotono	13
4.4 Il tocco di relazione	14
4.5 La biomeccanica sensoriale	14
4.6 La modificabilità percettivo-cognitiva	15
4.7 La spirale processuale del rapporto al Sensibile.....	16
4.8 La direttività informativa	17
4.9 La reciprocità attuante	18
5. Tipi di valutazione	20
5.1 Colloquio di anamnesi.....	20
5.2 Valutazione manuale	20
5.3 Valutazione gestuale.....	20
5.4 Valutazione delle capacità percettive.....	21

5.5 Valutazione a fine seduta	21
5.6 Valutazione all'inizio della seduta successiva	21
6. Concetti terapeutici	23
6.1 Obiettivi della fasciaterapia	23
6.1.1 Dinamizzazione delle forze di autoregolazione dell'organismo	23
6.1.2 Rimessa in movimento delle zone di immobilità e allentamento delle tensioni fasciali	23
6.1.3 Arricchimento delle capacità percettive	23
6.1.4 Acquisizione di nuove competenze nella gestione della propria salute	23
6.2 Strumenti della fasciaterapia	23
6.2.1 Approccio manuale	24
6.2.2 Approccio gestuale	25
6.2.3 Approccio introspettivo	26
6.2.4 Approccio verbale	26
6.3 Svolgimento di un trattamento	28
6.3.1 Prima fase : Incontro	28
6.3.2 Seconda fase : elaborazione	28
6.3.3 Terza fase : integrazione	28
6.3.4 Quarta fase : trasferimento	29
6.3.5 Principio di dialogo e di reciprocità	29
7. Limiti del metodo	31
8. Differenziazione delle competenze di azione specifiche del metodo (facoltativo)	31
9. Risorse specifiche del metodo	32
9.1 Conoscenze	32
9.1.1 Anatomia e fisiologia	32
9.1.2 Concetti teorici e pratici della fasciaterapia	32
9.1.3 Visione dell'uomo e della salute	33
9.2 Competenze	34
9.2.1 Abilità legate all'approccio manuale	34
9.2.2 Abilità legate agli approcci gestuali e introspettivi	34
9.2.3 Abilità legate alle metodologie di accompagnamento del-la cliente nel suo processo terapeutico	34
9.2.4 Competenze trasversali agli approcci manuali, gestuali e di accompagnamento	35
9.3 Atteggiamenti	36

10. Posizione..... 37

10.1 Posizione del metodo in rapporto alla medicina alternativa e classica..... 37

10.2 Delimitazioni del metodo in rapporto ad altri metodi e professioni..... 37

10.2.1 Precisazioni rispetto all'osteopatia 37

10.2.2 Precisazioni rispetto alla terapia craniosacrale 37

10.2.3 Precisazioni rispetto all'integrazione strutturale (rolfing)..... 38

10.2.4 Precisazioni rispetto al Rebalancing..... 38

**11. Durata e struttura della formazione TC per la parte specifica del metodo
..... 39**

Bibliografia 40

1. Denominazione del metodo

Fasciaterapia

2. Breve descrizione del metodo

La fasciaterapia è una terapia manuale e gestuale centrata sul/sulla cliente e lo sviluppo delle sue risorse interne. Associa al suo approccio curativo una dimensione educativa e relazionale che considera il/la cliente nella sua globalità e lo/la rende partecipe del suo percorso salutogenico. Essa insiste sulle nozioni quali l'unità corpo/psiche, sulla dimensione relazionale del tocco e sull'importanza del movimento e della percezione nella Salute.

Il suo nome viene dalla fascia, membrana che avvolge tutte le strutture del corpo (ossa, muscoli, visceri, sistema vascolare e nervoso...) e le collega tra di loro, contribuendo alla loro corretta fisiologia e partecipando così alla coerenza e all'equilibrio del corpo nel suo insieme. In quanto organo sensoriale più esteso dell'organismo, la fascia è direttamente connessa al sistema nervoso centrale al quale trasmette di continuo informazioni propriocettive, interocettive e nocicettive. Questo collegamento anatomo-fisiologico mette in luce la profonda implicazione della fascia nella percezione corporea, la consapevolezza di sé stessi, il processo doloroso, la regolazione delle emozioni ed i grandi sistemi organici.

La fasciaterapia si inserisce nella corrente delle terapie funzionali o fluidiche, che sollecitano le forze di autoregolazione dell'organismo. La sua azione si basa sull'associazione di un tocco sintomatico, orientato verso la normalizzazione dei disequilibri tessutali, articolari, craniali e viscerali grazie all'armonizzazione delle strutture fasciali, e di un tocco relazionale che percepisce le esigenze profonde del corpo. La mano sollecita i meccanismi di modulazione tonica, ossia la ritmicità interna ai processi di regolazione e adattamento dell'organismo.

L'approccio manuale è completato da un approccio gestuale, un approccio introspettivo ed un approccio verbale. Attraverso questi diversi strumenti, il/la terapeuta complementare metodo fasciaterapia accompagna il/la cliente e lo aiuta ad arricchire la sua conoscenza del proprio corpo e di sé stesso/a e a percepire meglio le relazioni tra corpo, psiche e ambiente. Il/la cliente viene così messo/a al centro del processo di cura ed impara a gestire meglio la vita di tutti i giorni. Egli/ella sviluppa dei nuovi modi di essere e dei nuovi atteggiamenti salutogenici, radicati in una migliore percezione corporea.

La fasciaterapia si occupa di accompagnare le persone afflitte da dolori acuti o cronici, di somatizzazioni, malesseri, stress, ecc. ma risponde anche alla richiesta di persone desiderose di imparare dalla relazione con il proprio corpo e di ampliare la loro autonomia nel processo di guarigione.

Si sono sviluppati altri rami della fasciaterapia, come la fasciapulsologia, scoperta negli anni 80 da C.Carini. La fasciapulsologia lavora essenzialmente sul tessuto fasciale correlato al sistema vascolare in modo da normalizzare le alterazioni del flusso arterioso. In fasciapulsologia, la qualità e la buona salute di un tessuto dipendono dal ritmo e dalla qualità della pulsazione sanguigna. Si tratta di un approccio essenzialmente manuale.

3. Storia, filosofia e diffusione

3.1 Storia

La fasciaterapia è stata sviluppata in Francia negli anni 80 da D. Bois, che coniò il termine fasciaterapia. Inizialmente Fisioterapista e Osteopata, è oggi Dottore in scienze dell'educazione, aggregato in scienze sociali e fondatore del CERAP (Centro di Studio e di Ricerca in Psicopedagogia percettiva, affiliato all'università Fernando Pessoa di Porto). La sua biografia rivela un percorso di professionista e ricercatore, all'incrocio tra scienze mediche e scienze umane. Questo percorso rende conto dell'evoluzione della fasciaterapia: inizialmente radicata nella sua vocazione manuale e curativa, si è evoluta per iscriversi in un approccio educativo e di accompagnamento della persona nell'attuazione delle sue potenzialità.

La fasciaterapia trae le sue origini dall'osteopatia funzionale e si è sviluppata sulla base di alcuni concetti chiave del pensiero di A. T. Still (fondatore dell'osteopatia) e di W. G. Sutherland (fondatore dell'osteopatia craniale). Tra questi concetti fondamentali notiamo la presenza nel corpo di un movimento interno intravisto come principio di autoregolazione autonomo, la fascia considerata come luogo dove cercare la causa della malattia, e l'importanza della libera circolazione dei liquidi.

Attraverso la sua pratica di terapeuta manuale e la sua pratica personale di interiorizzazione, D. Bois si è consacrato allo studio delle proprietà di questa animazione interna, in particolare modo dell'espressione di questa animazione nel tessuto fasciale. Progressivamente, approfondendo la pratica dello Still Point (punto di silenzio), nozione già esistente nell'osteopatia di Sutherland, D. B. focalizza la sua attenzione sulla velocità dell'animazione interna che emerge durante lo Still Point. Le sue mani captano allora un'animazione più lenta, i cui parametri sono diversi da quelli descritti dall'osteopatia. Penetrando l'universo di questa nuova lentezza, il suo tocco raggiunge maggiori profondità e globalità, e comprende non solo la globalità del corpo, bensì la globalità della persona nella sua unità somato-psichica. Su questa base, D. B. sviluppa un nuovo concetto terapeutico e si allontana dal modello osteopatico. Egli introduce allora quello che caratterizza l'approccio manuale in fasciaterapia: il tocco relazionale e il punto di appoggio psicotonico. Oltre ad alleviare delle problematiche fisiche, questo tipo di tocco ha un'azione sulla sfera psichica della persona. Lo stato di tensione fisico del-la cliente lascia il posto ad uno stato di relax e il suo stato ansioso ad uno stato di calma. Diversi stati d'essere e di percezione di sé stessi vengono così prodotti attraverso questo tocco relazionale, permettendo al/la cliente di riconnettersi alla sua profondità corporea e di ritrovare l'accordatura tra il suo corpo e la sua mente.

Tuttavia D. Bois si accorge che alcuni/e suoi clienti/e non percepiscono gli effetti a livello della loro interiorità corporea innescati da questo tocco, come se fossero afflitti da una sorta di "cecità percettiva". Di fronte a questa constatazione, D. B. riorienta le sue azioni terapeutiche verso una pedagogia mirata all'arricchimento percettivo, secondo l'idea che: se il/la cliente prende coscienza del contenuto del proprio vissuto, l'impatto sulla sua salute

sarà maggiore. Mette a punto, sempre in quell'intento, un approccio gestuale che permette di arricchire la relazione del-la cliente con sé stesso/a.

Questo momento costituisce una tappa importante nell'evoluzione della fasciaterapia (inizio degli anni 90). Il/la cliente, fin lì passivo/a sotto le mani del-la terapeuta, viene adesso invitato/a a partecipare attivamente al suo percorso salutogenico attraverso una pedagogia adattata. Il tocco manuale cambia statuto, da curativo diventa relazionale e mira allo sviluppo della percezione di sé, appoggiandosi all'architettura psicotonica della persona.

Inoltre, D. Bois prende coscienza della necessità di accompagnare verbalmente i diversi stati di essere che vengono scatenati, e che sono spesso nuovi per il/la cliente. D. Bois studia allora la psicologia cognitiva, la psicopedagogia curativa e le scienze dell'educazione, e mette a punto negli anni 2000 una metodologia fenomenologica di colloquio a mediazione corporea, nell'intento di accompagnare quei vissuti. Si tratta anche di permettere ai/alle clienti/e di tradurre in parole il loro vissuto corporeo, di trarne un senso e di elaborare dei legami significativi in relazione al loro contesto di vita. Appare allora il concetto di "modificabilità percettivo-cognitiva" [Bois, 2005], che definisce il processo dell'attività cognitiva messo in opera nella relazione percettiva al corpo. Nell'ambito delle sue funzioni di insegnamento e di ricerca all'Università Moderna di Lisbona, D. Bois crea il primo *Mestrado* in psicopedagogia percettiva.

La fasciaterapia, con i suoi approcci manuali, gestuali e verbali, diventa allora una terapia globale, che pone il/la cliente al centro del processo terapeutico, permettendogli/le di instaurare un nuovo rapporto con il suo corpo, il suo pensiero, ma anche con il suo modo di vivere e di prendere in mano la sua salute.

Diverse correnti filosofiche, psicologiche ed educative hanno influenzato lo sviluppo della fasciaterapia e la sua evoluzione in un percorso di accompagnamento della persona:

- La psicologia umanistica, a traverso il concetto della potenzialità, considerata come una forza interiore organica o una "tendenza attualizzante" [Rogers, 1970; Maslow, 1972; Gendlin, 1962].
- La filosofia di Spinoza e la sua visione delle relazioni equilibrate tra corpo e spirito: quello che risuona nel corpo, lo spirito lo percepisce sotto la forma di un affetto, costituendo così un ponte tra il corpo e lo spirito; ponte grazie al quale si formano delle idee nuove. Si tratta di un pensiero essenziale ripreso dalla fasciaterapia, in particolar modo nel concetto della modificabilità percettivo-cognitiva.
- La filosofia di Maine de Biran, che considera la facoltà del sentire come manifestazione primaria dell'essere umano. Secondo questo filosofo, il Me può conoscersi unicamente tramite un rapporto immediato e corporizzato, che rimanda il soggetto a sé stesso nella dimensione senziente. La fasciaterapia riprende questa idea nella sua pratica: partendo da un rapporto cosciente e sentito con la propria interiorità corporea, il/la cliente arricchisce la coscienza e la conoscenza di sé stesso/a ed accede ad un sentimento di esistenza.
- La fenomenologia è stata una fonte di ispirazione per la messa a punto delle metodologie di colloquio utilizzate in fasciaterapia, che mirano a raccogliere una descrizione dei contenuti del vissuto del-la cliente, provati durante l'esperienza corporea.

- Le teorie dell'apprendimento nate dalla psicopedagogia e soprattutto i lavori di Jean Piaget riguardo al costruttivismo; D. Bois evidenzia che le tappe descritte da Jean Piaget nella sua teoria del costruttivismo si manifestano ugualmente di fronte alle informazioni emergenti dall'interiorità del corpo. Nomina questo processo di reazione e integrazione di fronte alla novità che viene dall'interno "*Costruttivismo immanente*" [Bois, 2005; Berge, 2009; Bourhis, 2012]. Su queste basi, elabora il modello della modificabilità percettivo-cognitiva.

3.2 Filosofia

3.2.1 Visione dell'uomo

Nozione di unità somato-psichica

La fasciaterapia incontra la filosofia di Spinoza e la sua visione dei legami corpo / spirito.

L'essere umano viene considerato come un'unità dinamica di funzioni nella quale corpo e psiche dialogano. Non solamente la psiche influenza il corpo, ma il corpo influenza ugualmente lo stato psichico della persona. La fasciaterapia lavora su queste due dinamiche relazionali. Il corpo non è mai trattato senza essere inglobato in un'unità più grande che comprende la psiche e la relazione della persona con la sua vita.

La maggior parte dei concetti della fasciaterapia si basa su dei principi di unificazione dei poli apparentemente opposti: l'accordatura somato-psichica, la neutralità attiva, la coordinazione fondamentale di base... L'uomo è capace di esprimere il suo massimo potenziale quando è unificato ed equilibrato nelle sue diverse dimensioni.

Nozione di potenzialità

La fasciaterapia contempla l'uomo attraverso la nozione di potenzialità. La persona adulta è vista come un essere in divenire, un insieme di possibili e non un essere compiuto. Dispone di potenzialità non esplorate che necessitano di essere attivate al fine di essere attualizzate. Attraverso il concetto di potenzialità, la fasciaterapia si ispira alla filosofia umanistica e raggiunge i concetti dello psicologo Rogers attraverso la nozione di "tendenza attualizzante", evocando l'esistenza di un principio di forza nell'uomo che tende verso la crescita e verso il meglio.

La potenzialità in fasciaterapia è legata al concetto di movimento interno, come principio di auto regolazione e forza di crescita dell'essere umano. Il/la cliente è invitato/a a sviluppare una relazione cosciente con il proprio movimento interno al fine di farne un compagno di evoluzione.

3.2.2 Il Sensibile: tipologia di percezione specifica usata in fasciaterapia

Il "Sensibile" [Bois, 2001, 2007; Bois & Austry, 2007; Bourhis, 2012] designa la modalità percettiva specifica messa in gioco attraverso la fasciaterapia. Il Sensibile si distingue dal sensibile inteso classicamente (come riferimento ai cinque sensi, o sei, includendo il senso propriocettivo). Useremo la maiuscola per sottolineare questa distinzione. Con il concetto di

Sensibile si intende in questo caso la facoltà percettiva, in relazione con l'insieme della materia corporea, animata dalla presenza del movimento interno, compresi i contenuti di vissuto che affiorano alla coscienza della persona quando essa si orienta verso questo tipo di percezione interna. Questa modalità permette alla persona di accedere a una nuova maniera di vivere, arricchendo il suo modo di percepirsi attraverso il proprio corpo e trasformando il suo rapporto con il mondo. Il corpo sensibile è considerato come la cassa di risonanza dell'esperienza, capace di ricevere l'esperienza e di rimandarla alla persona che la vive, rendendogliela accessibile e palpabile. Il Sensibile appare quindi per la persona come una fonte di informazioni supplementari, informazioni su sé stessa e sulla sua relazione con l'altro e con il mondo.

3.2.3 Comprensione della salute

Nozione di potenzialità e di evoluzione

La fasciaterapia si avvicina alla salute attraverso la capacità di una persona di contattare ed esprimere la sua potenzialità. Una persona in salute è una persona in divenire, capace di evolvere, di cambiare, di modificare ed arricchire la relazione con sé stessa, con gli altri e la vita. Il corpo è parte integrante in questo processo, nella misura in cui il suo movimento interno rappresenta per la fasciaterapia una forza vitale, di crescita e di evoluzione. Sviluppare una relazione cosciente con il suo movimento interno permette alla persona di trovare in sé un supporto organico al proprio processo di evoluzione. La salute si definisce così attraverso una dimensione processuale, di evoluzione, di movimento.

Qualità di prossimità a sé stessi e al proprio corpo

La fasciaterapia definisce anche la salute come una qualità di prossimità a sé, al corpo e alla vita. La salute non viene considerata come la mera assenza di malattia, ma come una tonalità interiore, soggettiva e percettibile, che si scopre nel cuore dell'esperienza corporea, ed attraverso la quale la persona si percepisce intimamente. La percezione corporea funge così da riferimento interno, permettendo alla persona di avvertirsi in buona o cattiva salute, indipendentemente da criteri oggettivi.

Incrocio cura / formazione

La fasciaterapia si situa all'intersezione tra cura e formazione e si iscrive nella filosofia di B. Honoré. Il concetto di "formatività", introdotto da B. H., indica il fatto di esistere *in divenire* e sottintende la possibilità per l'uomo di trasformarsi nel suo rapporto con il mondo. Ogni evento, compresa la malattia, diventa un'occasione di apprendimento per la persona e di (ri)scoperta della sua salute. La salute si definisce quindi come capacità di imparare dalla propria vita.

4. Modelli teorici di base

La fasciaterapia si fonda su 9 modelli teorici principali: un modello alla base dell'intero approccio (*il movimento interno*), 4 modelli legati agli approcci manuali, gestuali ed alla visione del movimento in fasciaterapia (*la fascia, il punto di appoggio e lo psicotono, il tocco di relazione, la biomeccanica sensoriale*), 3 modelli legati all'accompagnamento del-la cliente nella sua iniziativa di salute e al passaggio tra vissuto corporeo, messa in senso e trasferimento nella vita quotidiana (*la modificabilità percettivo-cognitiva, la spirale processuale del sensibile, la direttività informativa*), infine, 1 modello legato alla postura relazionale mobilizzata in fasciaterapia (*la reciprocità attuante*).

4.1 Il movimento interno

La fasciaterapia propone un percorso terapeutico che si fonda sulla percezione, la sollecitazione e il potenziamento di una forza di autoregolazione interna, chiamata -in fasciaterapia- il *movimento interno*. Il movimento interno è un'animazione lenta della materia del corpo, che si definisce con le seguenti caratteristiche:

- è una forza di vitalità, di adattamento e di normalizzazione. Partecipa alla regolazione dell'organismo ed al mantenimento dell'equilibrio somato-psichico della persona;
- possiede una lentezza di base comune a tutti e si esprime nei tessuti del corpo seguendo una ritmicità di 2 cicli di andata e ritorno al minuto (questa ritmicità viene chiamata "*bioritmo sensoriale*"). Questo ritmo è costante e si distingue da altre forme di animazioni interne, quali la *mid tide* descritta da J. Jealous (da 1 a 3 cicli al minuto), o ancora il movimento respiratorio primario (da 7 a 14 cicli al minuto);
- anima la fascia con un movimento di arrotolamento e di srotolamento;
- possiede una caratteristica sensoriale, vale a dire che è possibile entrare in relazione in maniera estremamente fine ed intima con l'espressione di questo movimento e la sua organizzazione spaziale e temporale nell'intimità dei tessuti.

Il movimento interno è l'interlocutore principale del-la terapeuta complementare metodo fasciaterapia per condurre il suo trattamento. Egli/Ella sollecita nel corpo il movimento interno usando dei "punti di appoggio" (cf modello 4.3) in modo da realizzare una normalizzazione tissutale, articolare, craniale, viscerale e vascolare. L'espressione libera di questo movimento in seno alle diverse strutture del corpo conferisce loro un grado di malleabilità, di scioltezza e di adattabilità, favorevole ad uno stato di salute. Al contrario, le zone di tensioni muscolari, di contrazioni della fascia, di densità periostali ed ossee intralciano la buona circolazione del movimento interno.

Il movimento interno, quando viene sperimentato dal/la cliente, offre un sentimento di sé stesso/a particolare, quello di appartenere al proprio corpo, di abitarlo, di riconoscersi e di esistere attraverso il proprio corpo: tramite questa percezione arricchita di sé stesso/a, il/la cliente percepisce meglio le sue reazioni di fronte agli eventi della vita ed i suoi impatti sul suo corpo. La percezione del movimento interno è quindi il punto di partenza del processo terapeutico in fasciaterapia.

4.2 La fascia

4.2.1 Il continuum fasciale

La fasciaterapia si indirizza alle fasce, tessuto fibroso resistente che ha come particolarità quella di contenere e ricoprire tutte le parti anatomiche del corpo: organi, ossa, nervi, vene, arterie, muscoli e fibre muscolari, come una seconda pelle.

Connesse assieme, le fasce formano una rete complessa che collega l'apice del cranio alle dita dei piedi, e la superficie della pelle fino all'interno della cellula. Questa continuità tissutale permette di spiegare il fatto che un problema localizzato in una parte del corpo possa avere delle ripercussioni a distanza.

Le fasce sono inoltre dotate di flessibilità e di elasticità che conferiscono loro un ruolo di molla e di ammortizzatore. Permettono quindi al corpo di adattarsi ai diversi movimenti e posture e di assorbire le sollecitazioni stressanti.

4.2.2 La fascia, tessuto sensibile

Le fasce sono molto sensibili allo stress, che esso sia fisico, emotivo o psicosociale. Le fasce reagiscono tramite contrazioni, alterando o perturbando la funzione dell'organo che avvolgono e, per esteso, di tutta la catena tissutale alla quale sono collegate. Queste crispazioni, quando sono durature e non reversibili, portano ad una perturbazione dell'insieme dell'organismo. A più o meno lungo termine, possono generare dei disturbi funzionali fisici e delle tensioni psichiche (stanchezza, malessere, ansia, ecc.).

4.2.3 La fascia, tessuto "plastico"

I fibroblasti sono le cellule autoctone del tessuto connettivo, le recenti ricerche scientifiche sulla fascia hanno evidenziato la loro capacità contrattile ed hanno quindi dimostrato la loro abilità di modificare ed adattare il tono della fascia; si tratta della "plasticità fasciale" [R.Shleip, 2003]. Le fasce reagiscono ad un accumulo di stress tramite tensioni e crispazioni, ma sono anche dotate di flessibilità e di elasticità che conferisce loro un ruolo di molla e di ammortizzatore. La fascia partecipa quindi sia alla capacità di resistenza che alla capacità di adattamento del corpo. La fascia è, come l'abbiamo visto prima, un tessuto continuo ed ubiquitario. Questa sua distribuzione senza soluzione di continuità le conferisce un ruolo di assorbimento e ripartizione globale nella funzionalità dell'organismo.

4.2.4 La fascia, tessuto dotato di memoria

Le fasce hanno anche una funzione importante nella memorizzazione dei traumi: assorbono e registrano gli stress di ogni natura ai quali l'uomo è sottoposto. Le fasce diventano la sede della memoria tissutale, vero e proprio calendario delle reazioni di compenso accumulate nel tempo. Quando il/la fasciaterapista pone le mani su delle zone immobili, delle tensioni, delle crispazioni incise nelle fasce, lui/lei entra continuamente in relazione con la storia tissutale del-la cliente, con la dimensione biografica del corpo.

4.3 Il punto di appoggio e lo psicotono

Il “punto di appoggio” [Bois, 1990; Courraud, 2007; Marty, 2012] corrisponde al punto saliente del processo terapeutico manuale in fasciaterapia. Questo gesto si associa al *monitoraggio dinamico*, ossia il monitoraggio manuale del movimento interno dei tessuti, nelle sue diverse orientazioni ed ampiezze disponibili.

Il punto di appoggio ha come obiettivo quello di potenziare il movimento interno nelle regioni del corpo disertate dalla sua presenza, e di permettere la loro riorganizzazione fisiologica. Il punto di appoggio mira quindi a rilanciare le forze di autoregolazione dell'organismo per ottenere una normalizzazione operata dalla forza interna del corpo stesso.

Per essere efficace, il punto di appoggio deve inglobare un massimo numero di elementi anatomici, in ampiezza e in profondità. Le mani del-la terapeuta realizzano quindi una forma di campo chiuso che permette all'animazione interna del-la cliente di mobilizzarsi. Più grande il numero di elementi anatomici coinvolti dal punto di appoggio, più globale sarà la mobilitazione del movimento interno.

Durante questo tempo di arresto, la mobilitazione del movimento interno si manifesta sotto forma di una “tensione rigeneratrice esponenziale”, chiamata oggi “Psicotono”. Oltre ad essere un principio di autoregolazione del corpo, lo psicotono traduce la mobilitazione della forza di adattabilità somato-psichica della persona. Tutta la persona viene coinvolta, nella sua globalità anatomica, ma anche psichica ed emozionale.

Il punto di appoggio è una fase delicata ma essenziale del trattamento, durante la quale le forze di preservazione e le forze di rinnovamento dialogano e si potenziano, per arrivare ad un nuovo equilibrio.

Il punto di appoggio, costituito da diverse fasi, è inoltre uno strumento di valutazione:

- il tempo di apparizione della risposta psicotonica, di seguito al tempo di arresto proposto, conferisce all'operatore delle informazioni sullo stato di vitalità del-la cliente;
- la propagazione della reazione psicotonica fa apparire dei “punti di ancoraggio” o “isole di tensione” a distanza dalle mani, che permettono di fare una valutazione delle regioni o strati di profondità del corpo in sofferenza, in relazione con il distretto trattato;
- il grado di intensità della risposta psicotonica traduce il grado di implicazione del-la

cliente riguardo ciò che si svolge in lui/lei;

- l'aumento della tensione tonica traduce un punto di appoggio positivo, fino ad una soglia massima. La soglia massima di tensione tonica è seguita da un collasso della tensione, che corrisponde ad una riorganizzazione dell'espressione del tono nei tessuti. Il/la terapeuta percepisce allora sotto le mani un nuovo movimento interno nei tessuti, mediante un'orientazione specifica, che lui/lei seguirà fino a sottoporre un nuovo punto di appoggio al termine di questa nuova ampiezza.

Grazie ad un orientamento verbale da parte del-la terapeuta, il/la cliente percepisce in tempo reale le liberazioni prodotte e il processo di cambiamento del suo stato interiore. Lui/lei accede ad un'esperienza rinnovata di sé stesso/a attraverso il susseguirsi dei punti di appoggio e dei cambiamenti della struttura tonica. Questo processo di trasformazione tissutale, sperimentato nel suo corpo, costituisce pertanto un primo stadio di cambiamento e di evoluzione per la persona.

4.4 Il tocco di relazione

Il tocco di relazione è il tocco di base in fasciaterapia. Viene associato contemporaneamente al tocco *sintomatico*, che rappresenta il tocco tecnico della fasciaterapia, mediato dalla conoscenza anatomo-fisiologica del sintomo.

Il tocco di relazione si rivolge alla persona nella sua unità somato-psichica, mediante lo psicotono. Questo tocco richiede una qualità di ascolto e di implicazione da parte del-la terapeuta complementare metodo fasciaterapia tale da poter dialogare con il vivente (il movimento interno) e da poter rispondere alla *richiesta silenziosa del corpo*. Si parla allora di *colloquio tissutale*. La richiesta silenziosa del corpo può talvolta differire dalla domanda formulata dalla persona. Talvolta un sintomo rappresenta solo la punta di un iceberg che ci rimanda ad un'organizzazione occulta della patologia che rimane spesso inavvertita dalla persona.

Attraverso questo tocco di relazione, il/la cliente si sente compreso nella sua richiesta profonda, nella sua sofferenza e nelle sue potenzialità. Accede a delle parti di sé stesso/a che non venivano più percepite, delle zone del suo corpo de-sensorializzate. Il tocco di relazione scatena quindi nel-la cliente una nuova esperienza di sé stesso/a, lo/la mette in relazione con le sue potenzialità non percepite, e gli/le fornisce delle informazioni sull'origine ed il processo di installazione della sua patologia. Egli/ella ha allora la possibilità di capire meglio le relazioni che esistono tra la sua vita e la sua salute, o il deterioramento di essa. Ottiene delle informazioni che rappresentano delle nuove possibilità comportamentali per condurre la sua vita in modo più salutare.

4.5 La biomeccanica sensoriale

La "biomeccanica sensoriale" [Bois, 2002; Leao, 2002; Courraud-Bourhis, 2005] rappresenta

lo studio del comportamento delle diverse strutture anatomiche durante il gesto, come viene vissuto e percepito da dentro. Si tratta di un'analisi del movimento soggettivo, che si interessa al legame che esiste tra movimento interno e gesto. Questo modello rappresenta la tabella di valutazione gestuale utilizzata dal-la terapeuta complementare metodo fasciaterapia.

Le principali leggi della biomeccanica sensoriale sono le seguenti:

- **Il supporto ritmico del bioritmo sensoriale:** il bioritmo sensoriale costituisce il supporto ritmico della biomeccanica sensoriale, secondo una ritmicità di 15 secondi per un viaggio di andata e 15 secondi di ritorno.
- **La legge di linearità:** il movimento lineare, o *movimento di base*, è il binario sul quale si organizza il movimento circolare (il movimento circolare definisce ogni movimento articolare). Il movimento lineare crea la globalità del movimento e mantiene la coerenza della comunità articolare. Il movimento lineare è detto *sensoriale*, perché è portatore della presenza a sé e al corpo.
- **La coordinazione fondamentale di base:** ogni movimento circolare si effettua in associazione ad un movimento lineare diretto in senso opposto. L'associazione del movimento lineare e del movimento circolare crea una globalità di sensazione e di coordinazione che permette di installare una presenza percettiva massima al gesto.
- **Gli schemi associativi di movimento:** gli schemi associativi di movimento descrivono i movimenti globali del corpo, integrando l'insieme dei segmenti secondo un'organizzazione naturale e fisiologica. Esistono 8 schemi associativi, in base ai movimenti direzionali: alto, basso, avanti, dietro, sinistra, destra, rotazione sinistra, rotazione destra. Alcuni sono *convergenti*, concentrano i movimenti verso il corpo, altri sono *divergenti*, portano il corpo in apertura. Per esempio, lo schema associativo anteriore, che è uno schema divergente, è composto da un movimento lineare anteriore, un movimento circolare posteriore del tronco e del capo, ed un movimento in rotazione esterna degli arti. Lo schema posteriore invece, che è uno schema convergente, comprende un movimento circolare anteriore di tronco e capo, ed un movimento in rotazione interna degli arti.

4.6 La modificabilità percettivo-cognitiva

La modificabilità “percettivo-cognitiva” è un modello sviluppato da D.Bois [Bois, 2006, 2007] e ispirato al costruttivismo di Piaget. Corrisponde al modello di apprendimento sviluppato in fasciaterapia, che pone le sue basi sull'esperienza corporea come fonte di arricchimento dei suoi punti di vista, delle sue rappresentazioni e modi di essere (comportamenti) nei confronti di sé stessi, degli altri e della vita. Questo modello si appoggia su tre idee centrali:

- **L'esistenza di una potenzialità come supporto dinamico del processo di apprendimento.** La potenzialità messa in gioco in fasciaterapia è una potenzialità percettiva, una capacità del soggetto di percepire meglio il suo corpo attraverso la coscientizzazione del movimento interno, di entrare in contatto con le sue percezioni

interne in maniera più cosciente, più fine e più articolata.

- **La formazione esperienziale come fondamento dell'apprendimento.** Le facoltà di apprendimento del-la cliente vengono mobilizzate grazie al contatto con l'esperienza vissuta. I diversi strumenti della fasciaterapia (vedi 6.2) sono situazioni esperienziali che stimolano le facoltà di apprendimento del-la cliente, al fine di permettergli/le di arricchire il proprio rapporto alla vita e alla salute.
- **L'importanza del rapporto al corpo per rinnovare il rapporto ai sensi.** In fasciaterapia, il rinnovamento delle rappresentazioni mentali passa prima dal rinnovamento del rapporto al corpo. Il/la cliente impara da se stesso/a e accede a dei significati profondi, utili per condurre la sua esistenza attraverso l'instaurazione di un rapporto di prossimità al suo corpo e al suo movimento interno.

Al livello pratico questo modello si appoggia su due considerazioni:

- **L'educabilità percettiva del rapporto al corpo.** La fasciaterapia propone delle situazioni pratiche che permettono di educare il rapporto percettivo del-la cliente al suo corpo. Durante i colloqui verbali, si mettono in relazione le informazioni percettive provenienti dal corpo del-la cliente con i suoi schemi di pensieri in modo da farli evolvere.
- **L'accesso ad una "motivazione immanente"** [Bois, 2007; Bouchet, 2006, 2015]. Uno degli obiettivi della fasciaterapia è di permettere al-la cliente di accedere ad un vissuto corporeo nuovo, che sia sufficientemente forte da far nascere in lui/lei la motivazione necessaria per considerare un cambiamento comportamentale. L'obiettivo è di prorogare il nuovo vissuto nella vita del-la cliente al fine di non ricadere in dei comportamenti ripetitivi e non favorevoli al processo di salute. Questa motivazione viene detta "immanente" perché nasce da un vissuto corporeo nuovo provato dal-la cliente durante la seduta di trattamento, e non, per esempio, di un semplice consiglio fornito dal-la terapeuta.

4.7 La spirale processuale del rapporto al Sensibile

La "spirale processuale del rapporto al Sensibile", concetto proveniente dalla tesi di dottorato di D. Bois (2007), definisce i contenuti di vissuto più ricorrenti riferiti dai clienti durante una seduta di fasciaterapia, e le loro conseguenze comportamentali. In effetti, questi diversi vissuti (raggruppati in 5 categorie: il calore, la profondità, la globalità, la presenza a sé stessi e il sentimento di esistenza), non sono dei semplici vissuti effimeri, benefici solo per il tempo della seduta. Questi vissuti rimandano a un sentimento di sé particolare, spesso nuovo, che apre su una nuova maniera di vivere attraverso il corpo.

La tabella che segue [Bois, 2007] presenta un'analisi sintetica del processo di cambiamento suscitato in persone accompagnate in fasciaterapia. Possiamo trovarci anche il legame tra vissuti corporei e rinnovamento dei modi di essere in relazione a sé stesso/a e al mondo. La spirale processuale del rapporto al Sensibile permette quindi di rendere conto del legame di

causalità tra sensazione corporea e atteggiamento comportamentale.

Esporsi	Sentire	Divenire	Essere
Esperienza extra-quotidiana	Sensazione, tonalità	Modo di essere in relazione a sé stesso/a	Modo di essere al mondo
Tocco di relazione	Calore	Mi sento sicuro e ho fiducia.	Sono più fiducioso e più sicuro di me.
	Profondità	Mi sento toccato e coinvolto nella mia interiorità.	Sono meno artificiale, meno superficiale, più interessato agli altri.
Tocco psicotonico	Globalità	Mi sento solido, unito a me stesso/a e a più grande di me stesso/a	Sono meno sparpagliato nella mia vita, più radicato nelle azioni, più vicino agli altri.
Relazione di aiuto gestuale	Presenza a sé	Mi sento presente a me stesso/a e scopro la mia singolarità. Ho il sapore di me.	Sono meno a distanza dagli altri. Non sono più all'esterno di me stesso/a e delle cose. Sono presente a tutto ciò che mi circonda.
Introspezione sensoriale	Sentimento di esistenza	Mi sento situato dentro ciò che sento. Convalido il mio modo di essere. Mi sento ancorato nella mia soggettività incarnata.	Trovo il mio posto accanto agli altri. Oso essere. Esisto in quanto me. Mi convalido. Sono autonomo ed adattabile.

(Trattato da Bois, 2007)

4.8 La direttività informativa

La “direttività informativa” [Bois, 2007; Bourhis, 2009] definisce la postura di accompagnamento del-la cliente durante le diverse tappe del suo percorso terapeutico.

La nozione di “direttività” rimanda all'orientamento dell'attenzione che il/la terapeuta propone al-la suo/sua cliente. In generale, l'uomo non è abituato a girare il suo sguardo verso l'interno ma bensì verso l'esterno, si tratta quindi di guidarlo/a in questo processo di

conversione della propria attenzione, in modo da fargli/le percepire la sua vita corporea interna. Quel che c'è da scoprire all'interno di sé appartiene totalmente al-la cliente.

Questa postura di accompagnamento si basa su diversi presupposti teorici quali:

- Fare un'esperienza non genera automaticamente una conoscenza. Bisogna anche prestare attenzione alla ricezione, il riconoscimento e l'integrazione di questa esperienza in modo tale da renderla formatrice per il/la cliente;
- Si impara poco da quello che già si conosce: il/la terapeuta complementare metodo fasciaterapia si accerta quindi di proporre un quadro di esperienza nuovo, sollecitando in maniera inusuale l'attenzione del-la cliente.

A livello pratico, la postura di direttività informativa interviene in tre tempi:

- **Prima dell'esperienza corporea.** Si tratta di dare delle informazioni al-la cliente in precedenza all'esperienza corporea, che potrebbero arricchire il suo rapporto all'esperienza. Ciò consiste, tra l'altro, nel fornire al-la cliente delle informazioni sull'anatomia e sulla fisiologia del movimento. (In ogni caso, si tratta di informazioni basate su una fisiologia comune a tutti, ma che non sono necessariamente conosciute dal-la cliente.).
- **Durante l'esperienza corporea.** Si tratta di un orientamento verbale, contemporaneo alle pratiche corporee, che mira a permettere al-la cliente di prendere atto al meglio del suo vissuto corporeo.
- **Dopo l'esperienza corporea.** Si tratta dell'orientamento verbale di seguito alla pratica corporea. Il/la terapeuta complementare metodo fasciaterapia accompagna il/la suo/sua cliente verso una descrizione piena della sua esperienza, proponendogli/le diversi "input" in modo da interrogare il suo vissuto.

4.9 La reciprocità attuante

La reciprocità attuante indica il tipo di modalità relazionale specifico sviluppato in fasciaterapia, tra il/la terapeuta e il/la sua cliente. Si tratta di una modalità relazionale processuale e empatica.

Il/la terapeuta complementare metodo fasciaterapia percepisce in tempo reale gli effetti suscitati dalla sua mano nel corpo del-la cliente, tramite il suo stesso corpo sensibile. Il trattamento progredisce attraverso un circuito evolutivo tra effetti innescati nel corpo del-la cliente, propagazione tonica nel corpo del-la terapeuta, che genera quindi nuovi effetti nel corpo del-la cliente.

Così, il/la terapeuta non sviluppa solamente una relazione empatica con il/la suo/sua cliente, ma anche con il proprio corpo, in modo da ricevere e processare le informazioni emergenti dal "corpo a corpo" che lo orientano nella condotta del suo trattamento.

La reciprocità attuante viene detta "compiuta" quando il/la cliente è anch'esso/a in relazione

di percezione con il proprio corpo sensibile animato dal movimento interno. Il/la cliente e il/la terapeuta condividono quindi una stessa esperienza che si costruisce ed evolve grazie all'implicazione mutuale ed evolutiva del-la terapeuta, del-la cliente e del movimento interno.

La reciprocità attuante è quindi una modalità relazionale specifica, di matrice corporea. I protagonisti sono coscienti degli effetti della relazione tramite il loro corpo. La presa di coscienza degli effetti partecipa alla dinamica evolutiva del trattamento.

5. Tipi di valutazione

5.1 Colloquio di anamnesi

Durante il primo incontro, il/la terapeuta complementare metodo fasciaterapia raccoglie la testimonianza del-la cliente in modo da capire bene la natura e il contesto della sua domanda. Egli/ella presta attenzione a creare un clima di fiducia grazie al suo ascolto e al suo atteggiamento aperto e premuroso.

Durante questo colloquio il terapeuta:

- si informa dello stato di salute del-la cliente (traumi e incidenti, malattie pregresse, assunzione di farmaci,...) e della supervisione medica attuale;
- chiede dell'ambiente familiare, professionale e sociale del-la cliente;
- interroga il/la cliente sulle sue difficoltà, i suoi punti forti e le sue risorse;
- si informa sui bisogni attuali, desideri di cambiamento e aspettative del cliente che l'hanno spinto alla consultazione.

Il/la terapeuta complementare metodo fasciaterapia determina se la richiesta è compatibile con le possibilità e i limiti del suo campo di intervento. Informa la persona delle modalità generali dell'intervento.

Sulla base di queste diverse informazioni raccolte, il/la terapeuta definisce con il/la suo/sua cliente un progetto di accompagnamento.

5.2 Valutazione manuale

Per completare le informazioni raccolte durante il primo colloquio verbale, il/la terapeuta metodo fasciaterapia effettua una valutazione manuale. Valuta grazie al tocco (palpazione) lo stato generale del corpo, la tensione e la vitalità della fascia. I criteri di valutazione sono basati sulla fisiologia del movimento interno: i diversi parametri del movimento interno (orientamento, forza, ampiezza, ritmo velocità), la qualità di risposta al punto di appoggio, la presenza e la coerenza del bioritmo sensoriale, la coerenza della biomeccanica sensoriale.

5.3 Valutazione gestuale

Il/la terapeuta complementare metodo fasciaterapia realizza inoltre una valutazione della gestuale del-la cliente secondo le leggi della biomeccanica sensoriale: qualità della lentezza e

del rilassamento, integrità della coordinazione fondamentale di base, coerenza degli schemi di movimento.

5.4 Valutazione delle capacità percettive

Il/la terapeuta complementare metodo fasciaterapia valuta anche la capacità del-la cliente ad entrare in relazione di percezione con la vita corporea interna e il gesto. Si valutano dei fenomeni oggettivi (natura della pressione manuale, percezione delle diverse orientazioni, percezione delle ampiezze, percezione della velocità di spostamento della mano...) e dei fenomeni più soggettivi (percezione degli effetti scatenati dalla mano del-la terapeuta e dalla pratica gestuale, come la modulazione tonica, la percezione di un calore interno, un sentimento di globalità e di presenza a sé, di ancoraggio e di solidità...).

5.5 Valutazione a fine seduta

Di seguito al lavoro corporeo, il/la terapeuta metodo fasciaterapia chiede al-la cliente di mettere in parole i contenuti di ciò che ha vissuto durante la seduta. Egli/ella lo/la accompagna allo scopo di mettere in relazione l'esperienza vissuta con i bisogni ed aspettative menzionati durante il primo colloquio.

Insieme, identificano le risorse scoperte durante la seduta e apprezzano la maniera di metterle in relazione con le problematiche incontrate nel quotidiano. Valutano le applicazioni possibili nella vita privata e professionale del-la cliente con l'obiettivo di mettere a punto delle nuove strategie per uscire dei funzionamenti nocivi ed influire positivamente sullo stato di salute.

Terapeuta e cliente ridefiniscono assieme il progetto di accompagnamento sulla base delle nuove informazioni emerse durante la seduta e pianificano poi gli assi prioritari di lavoro.

5.6 Valutazione all'inizio della seduta successiva

Il/la terapeuta complementare metodo fasciaterapia interroga il/la suo/a paziente sull'accaduto tra le due sedute:

- Evoluzione dei sintomi?
- Capacità di gioire, nella propria vita privata e professionale, attingendo alle risorse scoperte durante l'ultima seduta?
- Difficoltà incontrate?

Il terapeuta complementare metodo fasciaterapia convalida gli sforzi compiuti ed i punti di

forza del-la suo/sua cliente e lo/la incoraggia a perseverare nella messa all'opera delle sue strategie vincenti.

Con questo colloquio il terapeuta complementare metodo fasciaterapia valuta l'evoluzione della problematica del-la cliente e la sua capacità di trasferire nella propria vita le risorse delle quali ha preso coscienza durante le sedute. Tenendo conto di questi elementi, riformula un progetto per la seduta successiva in accordo con il/la cliente.

6. Concetti terapeutici

6.1 Obiettivi della fasciaterapia

6.1.1 Dinamizzazione delle forze di autoregolazione dell'organismo

Il/la terapeuta complementare metodo fasciaterapia sollecita le forze di autoregolazione (omeostasi) in modo tale da ridare al corpo la sua piena vitalità e la sua capacità di adattamento agli eventi della vita.

6.1.2 Rimessa in movimento delle zone di immobilità e allentamento delle tensioni fasciali

Il tocco del/la terapeuta complementare metodo fasciaterapia permette una liberazione in profondità degli stati di tensione, densità, immobilità dei tessuti organici, oltre che delle tensioni psichiche associate. Ridà mobilità, scioltezza e capacità di adattamento alle fasce.

6.1.3 Arricchimento delle capacità percettive

Il/la terapeuta metodo fasciaterapia guida l'attenzione del/la cliente verso il suo corpo e la sua interiorità. Lo/la porta a seguire in diretta i cambiamenti di stato prodotti nel corpo e a prendere coscienza della relazione tra il suo corpo e la sua psiche.

6.1.4 Acquisizione di competenze nuove nella gestione della salute

Il/la terapeuta metodo fasciaterapia accompagna il/la cliente a diventare attore/attrice della propria salute: lo/la aiuta a riconoscere le proprie risorse interne e a mobilitarle nel quotidiano. Egli/ella lo accompagna nello sviluppo di una percezione migliorata di sé stesso/a, e dei legami tra i suoi pensieri, le sue percezioni e il suo corpo. Così facendo, il/la cliente diventa meno vittima delle proprie reazioni, le osserva, e trova i mezzi per agire e reagire diversamente, in maniera salutogenica.

Diventando più cosciente dei suoi diversi stati corporei, il/la cliente percepisce meglio i suoi limiti come anche le sue risorse: può quindi anticipare l'apparizione di un disagio grazie alla percezione dei segni che lo precedono e grazie alla messa in atto di atteggiamenti preventivi.

6.2 Strumenti della fasciaterapia

La fasciaterapia dispone di quattro strumenti complementari: l'approccio manuale, l'approccio gestuale (chiamato anche ginnastica sensoriale), l'approccio introspettivo (chiamato anche introspezione sensoriale), e l'approccio verbale.

6.2.1 Approccio manuale

L'approccio manuale rappresenta la prima messa in situazione pratica proposta in fasciaterapia. Consiste in un dialogo manuale con la dinamica mutevole del corpo. Il/la cliente è confortevolmente sdraiato/a su un lettino mentre il terapista complementare metodo fasciaterapia si mette in una postura di ascolto e di interiorizzazione, in modo tale da incrementare la sua percezione in diretta dei movimenti tissutali.

In un primo momento, il suo gesto consiste nel mobilitare le forze di autoregolazione del corpo affinché siano sufficientemente disponibili nel corpo del-la paziente per permettere poi una liberazione delle zone in tensione e in sofferenza. A seconda dello stato di vitalità del-la cliente, questa tappa può prendere qualche minuto a inizio seduta (buona vitalità), o alle volte una o più sedute (scarsa vitalità). A tal fine, il/la terapista realizza in un primo tempo una sollecitazione tissutale in un orientamento prescelto rispettando la fisiologia (messa in tensione della fascia), e pone un punto di appoggio a fine ampiezza. Aspetta poi che la risposta psicotonica si costruisca sotto le sue mani (mobilitazione delle forze di autoregolazione). Quando la risposta arriva alla sua massima intensità, il/la terapista aspetta ancora un attimo l'arrivo di una sensazione di collasso nei tessuti sollecitati dalla messa in tensione. Questo rappresenta il segnale che la risposta organica si iscrive nella fascia. Il terapista riparte allora in un nuovo orientamento, proposto questa volta dal corpo del-la paziente; può capitare che diversi punti di appoggio siano necessari prima che il corpo offra spontaneamente un orientamento – finché il corpo non propone un orientamento spontaneo, sarà il/la terapista a sceglierlo. Il/la terapista prosegue le manipolazioni fino ad ottenere una reazione al punto di appoggio che non sia più locale (vale a dire unicamente sotto le sue mani), ma invada delle regioni del corpo a distanza dalle sue mani, con un aumento dell'area coinvolta e/o della profondità nel corpo. Questo segno rappresenta un aumento della vitalità del-la cliente e un potenziamento delle forze di autoregolazione.

Questa prima tappa agisce già sullo stato generale del-la cliente attraverso il suo stato di rilassamento, di ricostruzione della sua vitalità e di rilancio delle sue risorse interne. Talvolta è sufficiente a seconda dei bisogni e della richiesta del-la cliente.

Quando la richiesta riguarda una problematica precisa (dorsalgia, disturbo della digestione, mancanza di appetito, stress...), il/la terapista orienta allora il suo lavoro a seconda di questa richiesta effettuando una scelta nei distretti corporei da lavorare e nell'accompagnamento pedagogico da adottare. Questo lavoro più mirato dal punto di vista anatomico si conduce anch'esso attraverso un'alternanza di messa in tensione dei tessuti (seguito o no da movimento spontaneo presente nei tessuti) e di punti di appoggio a fine ampiezza. La logica di successione delle prese risponde alla richiesta verbalizzata del-la cliente (lombalgia), ma anche alla richiesta del corpo che il/la terapista percepisce attraverso il suo ascolto manuale. Egli/ella adatta la sequenza di prese a seconda delle zone di tensione e dei punti fissi che si rivelano nel corpo durante i punti di appoggio. Così, il/la terapista complementare metodo fasciaterapia adatta di continuo il suo tocco in funzione di ciò che percepisce sotto le mani. Egli/ella si applica anche a permettere un'organizzazione coerente del movimento interno nei tessuti conforme alle leggi della biomeccanica sensoriale.

Durante questa tappa il/la cliente viene accompagnato/a da istruzioni verbali che gli/le permettono di orientare la propria attenzione verso la percezione del suo corpo e i cambiamenti di stato che vengono prodotti. Ciò permette al-la cliente di accompagnare e

percepire attivamente il processo di trasformazione interna che sta vivendo durante la seduta. Rappresenta una prima partecipazione attiva del-la cliente, che verrà ampliata più avanti con l'accompagnamento gestuale.

A fine seduta manuale, il/la terapeuta fa in modo che il corpo del-la cliente sia in uno stato di equilibrio tonico (omogeneità della risposta al punto di appoggio in diverse regioni del corpo e risposta rapida al punto di appoggio – meno di 3 secondi). Non è sempre possibile concludere la seduta in queste condizioni di equilibrio, il/la terapeuta proporrà allora un'altra seduta a breve termine (circa una settimana).

6.2.2 Approccio gestuale

Quando il/la cliente ha sviluppato un primo rapporto percettivo alla sua interiorità corporea in decubito sul lettino, il/la terapeuta complementare metodo fasciaterapia porta avanti il lavoro con l'approccio gestuale. Le proposizioni gestuali costruiscono nel cliente un nuovo rapporto al gesto, portandolo fuori dalle normali condizioni di esecuzione, spesso automatiche e povere di sensazioni. Il/la cliente è invitato/a ad effettuare, in posizione seduta poi eretta, delle sequenze di movimento che rispettano l'organizzazione naturale del gesto. Questi movimenti vengono realizzati nella lentezza e, progressivamente, il gesto si sincronizza con l'espressione percepita del movimento interno. Diventa allora un gesto abitato, portato da dentro, una sorta di continuum tra l'animazione interna e la sua espressione visibile. Gli esercizi sono basati su dei principi di coerenza e di coordinazione tra i diversi segmenti del corpo, instaurando gradualmente nel-la cliente un sentimento di unificazione e di globalità. Questa tappa necessita un accompagnamento molto preciso da parte del terapeuta, che guida verbalmente, e alle volte con i gesti, il/la cliente realizzando lui/lei stesso/a il movimento a specchio.

Il/la terapeuta complementare metodo fasciaterapia aggiunge delle variazioni che concernono: le coordinazioni, l'orientamento dell'attenzione, l'intenzione mobilitata nella realizzazione del gesto, ecc.. Egli/ella propone inoltre dei momenti di movimento “libero”, ovvero invita il/la cliente a realizzare una gestuale conforme al proprio movimento interno e non ad una specifica forma esterna.

Attraverso la pratica gestuale, il movimento diventa un rivelatore degli schemi comportamentali inconsci e/o di nuove possibilità non esplorate. Il/la terapeuta complementare metodo fasciaterapia accompagna il/la suo/sua cliente nella ricerca di legami possibili tra il vissuto del movimento e un atteggiamento comportamentale:

- La maniera con la quale il/la cliente “vive se stesso/a” attraverso un movimento di anteriorità potrà parlargli/le del suo modo di rapportarsi alle sue azioni;
- la scoperta di una nuova percezione delle sue gambe nel corso della gestuale gli/le offrirà una solidità nuova da portare nella sua vita;
- la lentezza, conferendo nuove percezioni di sé nel proprio movimento, aprirà ad una nuova modalità di gestire lo stress;
- etc.

Questi differenti movimenti offrono l'opportunità al-la cliente di incontrarsi e di scoprirsi in maniera profonda e spesso nuova. Rappresentano un supporto incarnato al di là delle sedute, nella gestione della vita e della salute nella quotidianità.

L'approccio gestuale può inoltre essere insegnato in gruppo dal-la terapeuta complementare metodo fasciaterapia.

6.2.3 Approccio introspettivo

Un terzo strumento della fasciaterapia è l'introspezione sensoriale, forma di meditazione che invita il/la cliente a dirigere l'attenzione verso la sua interiorità corporea. Si tratta di un'osservazione di sé vissuta attraverso i sensi, prima di essere intellettualizzata: non si tratta di riflettere sulla propria vita senza averla prima percepita in sé tramite gli stati della materia del corpo.

Sul piano pratico, il/la cliente è seduto/a confortevolmente su una sedia, immobile e con gli occhi chiusi. Il/la terapeuta complementare metodo fasciaterapia lo/la guida verbalmente sollecitando diversi strumenti percettivo-cognitivi come il senso uditivo, il senso propriocettivo, l'osservazione immediata, la mobilitazione dell'attenzione e dell'intenzione... Queste istruzioni mirano ad accompagnare il/la cliente nella ricezione del proprio vissuto corporeo e nell'acquisizione di legami significativi tra il vissuto corporeo ed il contesto di vita. L'attenzione è sollecitata in diverse direzioni successive: presa di coscienza degli appoggi, della postura corporea, ascolto dei rumori circondanti e del silenzio interiore, osservazione degli stati interiori e dei cambiamenti di stato della materia corporea, percezione dei movimenti interni e delle diverse tonalità associate, apprezzamento degli stati emotivi, osservazione dei pensieri emergenti, convocazione delle questioni legate al/ai problema/i del momento... L'orientamento vocale serve a rispondere al meglio alle domande e bisogni del-la cliente, come la scarsità percettiva, la predominanza cognitiva, la resistenza alla novità e all'ignoto, la mancanza di motivazione o di interesse, la cattiva gestione dello stress, i disturbi dell'attenzione... Gli orientamenti proposti non sono direttivi, il/la terapeuta mantiene sempre un carattere aperto nelle sue interrogazioni, usando delle formulazioni a risposta libera. Il/la cliente risponde prima per se stesso/a alle domande e le condivide poi con il/la terapeuta durante il tempo di scambio verbale che segue questa pratica.

L'approccio introspettivo può essere proposto ai gruppi dal-la terapeuta complementare metodo fasciaterapia.

6.2.4 Approccio verbale

L'accompagnamento verbale è parte integrante del processo terapeutico in fasciaterapia ed interviene in diverse occasioni: prima della pratica corporea, durante la pratica corporea e dopo la pratica corporea. Prima della pratica corporea possiamo distinguere il colloquio di anamnesi, la definizione del progetto (vedi 5.1), e il colloquio differito presentato qui sotto.

Durante la pratica corporea, l'accompagnamento verbale permette di guidare il/la cliente verso una ricezione delle sue percezioni interne. Per fare ciò il terapeuta complementare metodo fasciaterapia utilizza degli orientamenti verbali chiari e delle domande chiare e progressive, adattate al livello di percezione del-la suo/a cliente. Esempi di proposizioni:

- Può descrivermi in che orientazione vanno le mie mani?
- A che velocità si spostano? Veloce, lento?
- Come sente la pressione del tocco, forte o lieve?

- Durante il momento del punto di appoggio, percepisce l'apparizione di una reazione, di un cambiamento nel suo corpo mentre le mie mani non si muovono?
- Sente delle reazioni nel suo corpo a distanza dal punto dove si trovano le mie mani?
- Avverte dei cambiamenti di stato?
- Ecc..

Questo accompagnamento verbale consiste in una educazione percettiva e attenzionale, con l'intento di insegnare al-la cliente a percepire meglio i suoi stati interni, a distinguere le categorie di vissuto, a reperire i cambiamenti di stato e il carattere evolutivo del suo vissuto, e a mobilitare le sue risorse attenzionali sviluppando un'attenzione costante, aperta ed evolutiva, in accordo con la dinamica processuale del vivente. Si tratta inoltre di orientare l'attenzione del-la cliente verso le liberazioni ed i nuovi orientamenti e ampiezze di movimento, nell'intento sempre di permettere al-la cliente di percepire meglio e di integrare queste nuove sensazioni nella sua gestuale quotidiana.

Di seguito alla pratica corporea, si realizza un tempo di scambio sulla base delle percezioni corporee. Questo colloquio verbale riveste diversi obiettivi:

- 1) Offre uno spazio di verbalizzazione che permette al-la cliente di testimoniare il suo vissuto durante il trattamento. La descrizione delle sensazioni nuove permette al-la cliente di validare e di integrare il suo vissuto. Il/la terapeuta complementare metodo fasciaterapia accompagna il/la suo/a cliente nella sua messa in parole con diverse proposizioni, per una descrizione più piena dell'esperienza. Esempi di proposizioni:
 - Può descrivermi quello che ha vissuto durante la seduta?
 - Ha avuto delle sensazioni nuove?
 - Mi parla di una sensazione di calore, può descrivermi questo calore, era localizzato, diffuso, globale...? C'era un sentimento associato a questo calore?
 - Quando mi dice che era profondo, riesce a precisare cosa intende per profondo? Era una profondità anatomica, oppure un'altra forma di profondità? Cosa ha suscitato in lei il fatto di sentire questa profondità?
 - Ecc..
- 2) Una volta che il/la cliente ha descritto pienamente la sua esperienza, il/la terapeuta complementare metodo fasciaterapia lo/la porta ad imparare dal suo vissuto corporeo, a trarne dei significati, a fare dei legami tra le sue percezioni e i suoi pensieri e a interrogare il suo contesto di vita alla luce delle nuove percezioni. Esempi di proposizioni:
 - Cosa le ha insegnato questa sensazione? Ha preso coscienza di un pensiero legato al vissuto?
 - Questo vissuto è nuovo per lei? A cosa la rimanda nella sua vita?
 - Cosa le porta questa nuova informazione in confronto a quello che già conosce?
 - Cosa pensa di fare con ciò che ha vissuto? Come pensa di integrarlo nella sua vita?
 - Ecc..
- 3) Il/la terapeuta complementare metodo fasciaterapia fa anche lui/lei un resoconto al-la suo/a cliente: mette in risalto i punti forti e le risorse venute a galla durante la seduta di cura che il/la cliente potrebbe non aver notato spontaneamente, o non aver preso in considerazione per la loro utilità nella vita quotidiana. Il/la terapeuta sostiene e incoraggia il/la cliente nel percorso di integrazione del frutto dell'apprendimento nato dall'esperienza corporea. Lo/la aiuta a divenire più responsabile della sua salute

appoggiandosi nella vita alle proprie risorse interne e capacità, a volte ignorate.

Il colloquio in differita si realizza all'inizio della seduta successiva, al fine di valutare il modo in cui il/la cliente ha integrato nella sua vita privata e professionale l'apprendimento nato dalla seduta precedente. Il/la terapeuta complementare metodo fasciaterapia interroga il/la suo/a cliente, come descritto al punto 5.6, e riformula il progetto di accompagnamento per la seduta.

6.3 Svolgimento di un trattamento

L'accompagnamento in fasciaterapia rispetta le differenti fasi del processo della terapia complementare: incontro, elaborazione, integrazione, trasferimento.

6.3.1 Prima fase: incontro

La prima fase comprende l'accoglienza della richiesta del-la cliente, la realizzazione di un'anamnesi e la comunicazione al-la cliente degli obiettivi, limiti e modi di azione della terapia complementare metodo fasciaterapia. Su questa base, il/la terapeuta definisce con il/la suo/a cliente un progetto di accompagnamento.

Il/la terapeuta adotta una postura di benevolenza e di non giudizio, sviluppa un'attitudine empatica e cerca di stabilire una relazione di confidenza con il/la cliente. Questa relazione di fiducia si costruisce ugualmente attraverso il tocco manuale di relazione, che permette al-la cliente di sentirsi ascoltato/a e rispettato/a, grazie alla qualità del tocco all'ascolto della richiesta del corpo.

6.3.2 Seconda fase: elaborazione

La seconda fase comprende le diverse situazioni di pratiche corporee: approccio manuale, approccio gestuale, approccio introspettivo. Questi approcci mettono in moto le forze di autoregolazione dell'organismo, arricchiscono la percezione di sé, del proprio corpo e del suo movimento, educano l'attenzione e la presenza a sé stessi e rinforzano le risorse interne del-la cliente. Offrono al-la cliente delle basi di vissuto per sviluppare una nuova riflessione riguardo al contesto di vita, il corpo, i pensieri, i comportamenti e la salute, ed una riflessione sul modo in cui lui/lei può avere un'influenza su questi diversi elementi.

6.3.3 Terza fase: integrazione

Il/la terapeuta complementare metodo fasciaterapia controlla che i diversi vissuti delle sedute possano essere integrati dal-la cliente. Per questo, l'accompagnamento verbale durante la pratica e successivamente alla pratica è essenziale. La sensazione è per natura effimera, è quindi importante che il/la cliente possa testimoniare il suo vissuto e descrivere le sensazioni al fine di prenderne atto, di dar loro un valore e di farle esistere nel tempo. Si tratta di permettere al-la cliente di appoggiarsi sulle sue sensazioni nuove per farne un nuovo riferimento di salute. Così, il vissuto di una globalità corporea è un esempio di un

nuovo riferimento di salute da preservare in modo da mantenersi in uno stato fisico e psicologico di buona qualità. Il/la cliente che avrà provato questo vissuto nella pratica corporea e che avrà potuto mettere in parole il suo vissuto e gli effetti annessi, potrà poi appoggiarsi su questo nuovo riferimento nella sua quotidianità. Lui/lei lavorerà anche con il/la suo/a terapeuta per riconoscere e sviluppare le attitudini e modi di essere che favoriscono questo stato di globalità.

Il/la terapeuta complementare metodo fasciaterapia si preoccupa di accompagnare al meglio l'evoluzione positiva del trattamento. Lui/lei riflette con il/la suo/a cliente sulle diverse vie da seguire per favorire quest'evoluzione. Così la definizione del progetto di accompagnamento evolve in corso d'opera, in funzione delle informazioni dettate dalle pratiche corporee, dagli scambi tra terapeuta e cliente e dall'evoluzione del-la cliente sulla base di quello che incontra durante le sedute, e fuori.

6.3.4 Quarta fase: trasferimento

Il/la terapeuta complementare metodo fasciaterapia lavora nell'ottica di favorire un trasferimento e una durabilità dei vissuti, e dei cambiamenti sperimentati durante la seduta di cura, nella vita privata e professionale del-la cliente. Perciò, il/la terapeuta accompagna e sostiene continuamente il/la suo/sua cliente in questa dinamica di trasferimento. Gli/le fornisce delle indicazioni per massimizzare questo legame, gli/le indica per esempio le cose alle quali essere attento/a e quelle su cui appoggiarsi nella sua quotidianità in modo da incarnare il cambiamento e non ricadere in un vecchio schema. Lo/la incoraggia a riconoscere e validare le sue risorse e capacità proprie. Lo/la interroga anche ad inizio seduta successiva sulle difficoltà incontrate nella messa in opera dei cambiamenti nella sua vita e lavora sulla ricerca di soluzioni. Il/la terapeuta complementare metodo fasciaterapia sostiene, incoraggia e stimola il/la suo/sua cliente nello sviluppo di una riflessione nuova sulla salute e sulla sua partecipazione attiva in questo processo.

Il/la terapeuta complementare metodo fasciaterapia propone anche degli esercizi di movimento e di introspezione da praticare a casa in modo da consolidare gli effetti del trattamento e di sviluppare l'autonomia del-la cliente. Propone anche delle sedute di gruppo di pratiche gestuali ed introspettive. Questo lavoro permette di approfondire e consolidare il processo terapeutico individuale. Si cerca di trasferire le conoscenze acquisite nella vita quotidiana dei partecipanti. La dinamica di gruppo è un incentivo all'interazione e stimola l'apprendimento grazie alla condivisione delle esperienze.

6.3.5 Principio di dialogo e di reciprocità

Il monitoraggio terapeutico in fasciaterapia è prima di tutto un processo, e si costruisce in un rapporto di reciprocità tra il/la terapeuta e il/la suo/a cliente. Questo principio di reciprocità si esprime innanzitutto attraverso il tocco relazionale. Tocco caratterizzato dal particolare ascolto posto alla richiesta del corpo del-la cliente, e dalla sua adattabilità a seconda delle risposte del corpo.

Questo principio di reciprocità si esprime inoltre attraverso la condivisione di informazioni tra terapeuta e cliente in corso di seduta. Il/la terapeuta complementare metodo fasciaterapia si informa sul come il/la cliente vive e riceve il suo trattamento, su quali sono le sue percezioni e sensazioni. Il/la terapeuta usa queste informazioni per fare evolvere il suo

trattamento e adattare le sue proposizioni manuali e pedagogiche. Le sedute evolvono quindi attraverso uno scambio costruttivo tra cliente e terapeuta. Il/la terapeuta non è nella postura di “quello/a che sa” nei confronti del-la cliente, si tratta al contrario di “camminare insieme” nel processo terapeutico, sulla base di uno scambio di informazioni, di conoscenze e di competenze.

7. Limiti del metodo

La fasciaterapia è adatta a tutte le età della vita. Viene praticata a titolo terapeutico, educativo e di accompagnamento. Il/la terapeuta complementare metodo fasciaterapia non realizza alcuna diagnosi medica e non prescrive alcun farmaco. Consiglia al-la suo/a cliente di rivolgersi ad un parere medico quando sospetta una situazione al di là delle sue competenze.

Il/la terapeuta complementare metodo fasciaterapia riconosce e rispetta i suoi limiti e, a seconda delle situazioni, propone al-la cliente di consultare e di implicare altri professionisti della salute per lavorare in complementarietà

Se il/la cliente non constata un miglioramento del suo stato di salute e non sente effetti positivi dopo una serie di 3 a 5 sedute, i trattamenti devono essere sospesi di comune accordo tra il cliente e il terapeuta.

Il tocco che viene usato in fasciaterapia è leggero e rispettoso della richiesta del corpo. I rischi di messa in lesione sono pressoché inesistenti. Esistono tuttavia alcune controindicazioni:

- persone afflitte da disturbi psichiatrici al di fuori da una istituzione e terapeuta senza formazione specifica per l'accompagnamento di questa popolazione;
- flebiti, probabilità di presenza di trombi;
- ictus: aspettare tre mesi prima di effettuare un trattamento;
- le gravidanze a rischio devono essere seguite solo da terapeuti con sufficiente esperienza.

8. Differenziazione delle competenze di azione specifiche del metodo (facoltativo)

9. Risorse specifiche del metodo

9.1 Conoscenze

9.1.1 Anatomia e fisiologia

- La fascia: classificazione, ruolo, nozioni di anatomia dinamica e di fisiologia; la fascia e la biotensegrità; la fascia nel cuore dell'unità somato-psichica
- Anatomia delle fasce del sistema locomotore, della sfera craniale e della sfera viscerale
- Comprensione dei legami corpo / psiche attraverso i grandi sistemi di autoregolazione del corpo – visione specifica dell'approccio in fasciaterapia
- Il senso del movimento e la percezione cinestesica, propriocezione e interocezione, nozione di habitus motore e percettivo e di plasticità cerebrale, il senso del tocco
- Nozione di dolore, sofferenza, somatizzazione e disturbi *somatoformi* – visione specifica dell'approccio in fasciaterapia.

9.1.2 Concetti teorici e pratici della fasciaterapia

- Storia della fasciaterapia, origine e distinzioni dall'osteopatia, evoluzione, nascita dell'approccio gestuale e introspettivo, approccio educativo della fasciaterapia, campo di azione
- Il concetto di movimento interno come principio di autoregolazione e forza di crescita, le diverse forme di espressione del movimento interno
- Le otto vie di risonanza del trauma
- Le componenti del tocco in fasciaterapia: ascolto dinamico e punto di appoggio, tocco sintomatico e tocco di relazione
- Il concetto di punto di appoggio e i diversi tipi di valutazione durante il punto di appoggio:
 - il tempo di apparizione
 - la fase di confronto psicotonico
 - la soglia massima di tensione tonica
 - il collasso della tensione tonica
 - la nascita di un nuovo movimento tonico
- Il modello psicotonico: aspetti neurofisiologici e psicologici, funzione di adattamento somato-psichico, legame tra tono fisico e tono psichico
- Il concetto di accordatura somato-psichica

- Il modello del bioritmo sensoriale, i metodi di valutazione e di armonizzazione del bioritmo sensoriale
- Il modello della biomeccanica sensoriale, le sue diverse leggi e i metodi di valutazione della coerenza del movimento
 - la legge di linearità / circolarità associata (coordinazione fondamentale di base)
 - la legge di dissociazione dei poli
 - gli schemi associativi di movimento (schemi di convergenze e di divergenze)
 - il micro-gioco articolare
- Il modello della biomeccanica sensoriale applicata al sistema locomotore, alla sfera viscerale e alla sfera cranica
- Il modello della modificabilità percettivo-cognitiva
- Le sette tappe del processo terapeutico in fasciaterapia
- Il concetto della spirale processuale del Sensibile secondo D.Bois
- Il concetto di educabilità percettiva
- Le tecniche manuali di valutazione e normalizzazione applicate al trattamento dell'apparecchio locomotore, della sfera viscerale e del cranio
- Le basi della rieducazione sensoriale in fasciaterapia: la lentezza, la componente lineare del movimento, gli schemi associativi di movimento, l'attenzione e l'intenzione
- I fondamenti e principi pedagogici dell'approccio gestuale: lentezza, percezione, movimento di base, coordinazione fondamentale di base, postura, “legge delle 3 volte”, legge del Bolero di Ravel (progressività delle istruzioni), reciprocità attuante
- I fondamenti e principi pedagogici dell'approccio introspettivo
- Le griglie categoriali di orientamento attenzionale
- Il colloquio verbale a mediazione corporea: le diverse fasi ed obiettivi
- Le posture relazionali mobilizzate in fasciaterapia: la reciprocità attuante, la neutralità attiva e la direttività informativa
- Le diverse tappe dell'accompagnamento in fasciaterapia: accoglienza della richiesta del-la cliente, costruzione di un progetto di accompagnamento condiviso con il/la cliente, lavoro corporeo che associa diversi strumenti della fasciaterapia, integrazione dei vissuti e trasferimento nella vita del-la cliente
- Il colloquio di anamnesi in fasciaterapia.

9.1.3 Visione dell'uomo e della salute

- Il concetto di potenzialità e la psicologia umanistica
- Percezione di salute ed educazione terapeutica
- La cura, il prendersi cura e la formazione esperienziale

- I diversi statuti del corpo: corpo oggetto, corpo soggetto e corpo sensibile
- Introduzione alla filosofia del paradigma del Sensibile.

9.2 Competenze

9.2.1 Abilità legate all'approccio manuale

- Mobilizzare le forze di autoregolazione del corpo attraverso il punto di appoggio manuale
- Sviluppare un ascolto manuale tissutale, saper captare la richiesta del corpo e adattare il gesto terapeutico in funzione di essa
- Applicare il tocco di relazione e il tocco sintomatico in uno stesso gesto terapeutico
- Applicare lo spingere / scivolare nel gesto manuale
- Sapere riconoscere e interessare le diverse fasce del corpo nel proprio gesto manuale, sapendole distinguere
- Praticare le diverse tecniche di accordatura somato-psichica manuale
- Abbandare il trattamento del sistema neurovegetativo e degli stati di stress
- Fare una lettura dell'organizzazione delle tensioni e delle immobilità nel corpo secondo le tecniche di valutazione al punto di appoggio e secondo la biomeccanica sensoriale ed il bioritmo sensoriale
- Applicare le diverse tecniche imparate nei diversi distretti del corpo: apparecchio locomotore, sfera viscerale, sfera craniale
- Applicare i principi di pulsologia diretta e provocata, le tecniche di pompaggio e drenaggio fluidici.

9.2.2 Abilità legate agli approcci gestuali e introspettivi

- Applicare i principi pedagogici dell'approccio gestuale: lentezza, percezione, movimento di base, coordinazione fondamentale di base, postura, “legge delle 3 volte”, legge del Bolero di Ravel, reciprocità attuante
- Conoscere e insegnare le tecniche di accordatura somato-psichica gestuali
- Applicare i principi della rieducazione sensoriale ai disturbi della postura e della funzionalità del gesto
- Conoscere e praticare i principi pedagogici di animazione e di introspezione sensoriale e dell'approccio gestuale in gruppo.

9.2.3 Abilità legate alle metodologie di accompagnamento del-la cliente nel suo processo terapeutico

- Comunicare in maniera chiara sulla definizione della terapia complementare metodo

fasciaterapia, gli obiettivi, le possibilità ed i limiti

- Costruire un progetto di cura e di accompagnamento sulla base di informazioni verbali, tissutali e gestuali espresse dal-la cliente e condivise con lui/lei; ridefinire al bisogno il progetto di accompagnamento in corso di terapia dialogando con il/la cliente a seconda delle difficoltà, resistenze, attese, obiettivi, novità, evoluzioni incontrate
- Condurre un incontro a mediazione corporea adattato al-la cliente e al progetto di accompagnamento, così come per l'accordatura manuale, l'aspetto gestuale e introspettivo
- Accompagnare il passaggio tra sensazione corporea, informazione intelligibile e poi trasferimento nella vita
- Integrare la lettura dei modelli teorici della modificabilità percettivo-cognitiva, della spirale processuale del rapporto al Sensibile e delle 7 tappe del processo di trasformazione nell'accompagnamento del-la cliente nel suo processo terapeutico
- Adattare e associare i diversi strumenti della fasciaterapia a seconda dei bisogni e risorse del-la cliente
- Creare del legame tra due sedute proponendo degli esercizi da realizzare a casa
- Praticare il colloquio in differita sui contributi e le difficoltà incontrate nell'intervallo tra le due sedute
- Accompagnare il/la cliente nelle diverse tappe del suo processo terapeutico, dal colloquio di anamnesi e la formulazione del progetto di accompagnamento alla valutazione degli incrementi e la capacità di trasferimento e di autonomizzazione del-la cliente nella sua iniziativa di salute.

9.2.4 Competenze trasversali agli approcci manuali, gestuali e di accompagnamento

- Relazionarsi con l'unità somato-psichica attraverso il tocco manuale, l'accompagnamento gestuale e il colloquio verbale
- Saper adattare e regolare il gesto di continuo, in tempo reale durante l'azione in funzione delle informazioni provenienti dall'immediatezza
- Applicare le leggi della biomeccanica sensoriale nel proprio corpo in movimento e nei propri gesti di accompagnamento manuale e gestuale
- Adottare la postura di reciprocità attuante e di neutralità attiva nella relazione al-la suo/a cliente e nei diversi tempi di accompagnamento (manuale, gestuale, introspettivo e verbale)
- Mobilizzare una pedagogia di direttività informativa in modo tale da permettere al-la cliente di accedere a nuove percezioni e informazioni nel suo rapporto al corpo e nella sua iniziativa di salute
- Adattare i gesti terapeutici ed educativi alle competenze percettivo-cognitive del-la cliente
- Incoraggiare i processi di educabilità percettiva e lo sviluppo delle potenzialità del-la

cliente, orientare l'attenzione sulle risorse corporee e l'arricchimento della percezione di sé.

9.3 Atteggiamenti

- Formare sé stesso per meglio accompagnare l'altro
- Essere capace di evolvere nella propria percezione corporea e mantenere una relazione di qualità con se stesso sulla base del Sensibile, attraverso una pratica personale degli strumenti della fasciaterapia
- Adottare un atteggiamento di non giudizio, di rispetto e di benevolenza nei confronti del-la cliente
- Adottare un atteggiamento di neutralità attiva e di reciprocità attuante nella condotta delle azioni terapeutiche
- Implicare il/la cliente nella terapia e nella scelta degli orientamenti terapeutici, considerandolo/a attore/attrice del suo percorso di salute
- Incentivare i processi di autonomizzazione del-la cliente
- Condurre una riflessione sulla base della propria pratica per capire meglio i processi terapeutici e educativi in gioco. Essere capace di porsi domande e mettersi in discussione per far evolvere la propria pratica
- Riconoscere le proprie competenze e limiti nella pratica professionale, sapere riferire il/la cliente a colleghi e altri professionisti della salute quand'è necessario.

10. Posizione

10.1 Posizione del metodo in rapporto alla medicina alternativa classica

La fasciaterapia si iscrive in una relazione di complementarità con la medicina classica e alternativa. Può essere praticata in maniera indipendente ma anche prima, durante o al seguito di un trattamento di medicina classica o alternativa. Il/la terapeuta complementare metodo fasciaterapia consiglia al-la suo/a cliente di chiedere un parere medico se necessario. Si informa anche delle diverse diagnosi effettuate, dell'eventuale assunzione di farmaci e ne tiene conto nell'accompagnamento terapeutico.

10.2 Delimitazioni del metodo in rapporto con altri metodi e professionisti

10.2.1 Precisazioni rispetto all'osteopatia

Scaturita dall'osteopatia, la fasciaterapia condivide con l'osteopatia degli elementi essenziali, considera l'essere umano come un'unità funzionale e tiene conto della forza interna di autoregolazione. Si distingue però in alcuni punti:

- Il tocco di relazione, specifico della fasciaterapia, permette di accedere all'aspetto somato-psichico che si distingue della corrente psico-somatica diffusa in osteopatia. In fasciaterapia, è dal corpo che emana una dinamica processuale che porta ad una nuova comprensione del proprio vissuto
- In fasciaterapia, valutazione e trattamento sono contemporanei: il/la terapeuta valuta di continuo gli effetti del suo gesto, lo adatta e sceglie in tempo reale l'andamento del suo trattamento. In osteopatia, c'è una fase di test, seguito da una fase di trattamento, poi di una nuova fase di controllo.
- La fasciaterapia, nello stesso modo in cui porta il cliente verso l'autonomia, offre al terapeuta degli strumenti di crescita. Questi strumenti (approccio introspettivo e gestuale) hanno l'intento di migliorare la relazione del-la terapeuta a sé, di affinare le proprie percezioni e di sviluppare delle competenze relative alla gestione della propria salute fisica e psichica, arricchendo la pratica professionale. Questi strumenti non vengono proposti in osteopatia.

10.2.2 Precisazioni rispetto alla terapia craniosacrale

La fasciaterapia e la terapia craniosacrale lavorano ambedue con dei movimenti interni più o meno lenti. Si differenziano peraltro nei seguenti punti:

- Se il terapeuta complementare metodo terapia craniosacrale rivolge prima di tutto la

sua attenzione sul ritmo del liquido cefalo-rachidiano ed i diversi ritmi del corpo, il terapeuta metodo fasciaterapia dirige invece la sua attenzione in priorità sul movimento interno nella fascia e sulle modificazioni del tono

- I trattamenti in terapia craniosacrale e in fasciaterapia hanno entrambi l'effetto di favorire uno stato di interiorizzazione nel cliente. La fasciaterapia offre inoltre delle pratiche di introspezione sensoriale in gruppo, condotte verbalmente dal terapeuta.
- La fasciaterapia ha anche la specificità di proporre una pratica gestuale, sia a titolo individuale dopo una seduta di terapia manuale, sia in gruppo, come strumento di autonomizzazione del-la cliente.

10.2.3 Precisazioni rispetto all'integrazione strutturale (rolfing)

La fasciaterapia e l'integrazione strutturale hanno in comune il fatto di mirare il tessuto fasciale nelle loro azioni in modo da ristabilire le loro funzioni (elasticità, scorrimento, plasticità ecc.). Si differenziano peraltro nei seguenti punti:

- Se il metodo dell'integrazione strutturale è stato sviluppato dal dott. Ida Rolf (1893-1970) a partire da conoscenze psicologiche, fisiche e psicosomatiche basate sulle terapie manuali della sua epoca (anni 40), la fasciaterapia si iscrive nella filosofia osteopatica in riferimento alle idee di Still e si appoggia sulle teorie e concetti di fasciaterapia provenienti dai lavori del Prof. Danis Bois (1949-). La Fasciaterapia si basa sulla presa in considerazione all'interno del corpo di una forza di autoregolazione chiamata movimento interno, non presente nell'integrazione strutturale
- L'integrazione strutturale lavora applicando pressioni e trazioni che influenzano lo stato idrostatico dei tessuti. La fasciaterapia invece è caratterizzata nel suo tocco da un'alternanza di mobilizzazioni tissutali lente e di punti di appoggio
- Il lavoro in movimento dell'integrazione strutturale mira ad ottenere una stazione eretta senza sforzi e a migliorare le interazioni tra i diversi segmenti e la loro relazione con la gravità, l'approccio gestuale in fasciaterapia invece mira a sviluppare la dimensione percettiva del gesto e ad accordare la realizzazione del gesto con il movimento interno.

10.2.4 Precisazioni rispetto al Rebalancing

La fasciaterapia e il Rebalancing prendono ambedue in considerazione le fasce nel loro indirizzo e hanno come obiettivo quello di ristabilire l'equilibrio fisico, psichico e emotivo dei/delle clienti/e. Divergono tuttavia nei seguenti punti:

- La fasciaterapia è basata sulla presa in considerazione all'interno del corpo di una forza di autoregolazione chiamata movimento interno, non presente nel Rebalancing
- Il/la terapeuta metodo Rebalancing realizza una prima valutazione con una lettura visuale del corpo (Körperlesung) del-la cliente. Il/la terapeuta metodo fasciaterapia effettua le sue prime valutazioni grazie ad una lettura manuale dello stato di tensione delle fasce e della presenza o no di movimento interno nelle diverse regioni del corpo

- Il metodo Rebalancing prevede un sistema di 10 sedute consecutive quando invece la fasciaterapia non propone un numero prestabilito di sedute. Il numero di sedute varia a seconda del-la cliente, delle sue risorse e della sua vitalità al momento.

11. Durata e struttura della formazione TC per la parte specifica del metodo

La formazione in fasciaterapia ha una durata minima di tre anni e comprende al meno 1250 ore di studio (ore di contatto e lavoro personale), delle quali almeno 500 sono ore di contatto.

Il contenuto della formazione riposa sull'acquisizione delle conoscenze, competenze e attitudini definite nel punto 9.

Bibliografia

- 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.
- 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. & Austry, D. (2007). Vers l'émergence du paradigme du Sensible. *Réciprocités*, n°1, novembre 2007, p. 6-22.
- 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: Soins, 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.
- Eschalièr, I. (2005). *La fasciathérapie : Une nouvelle méthode pour le bien-être*. Paris : Le Cherche Midi.
- Eschalièr, 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), Fasciatherapy 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 fasciatherapy 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.
- 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.