

ida

Associazione Svizzera di Rolfing® & Integrazione strutturale

Identificazione del metodo (METID)

Integrazione Strutturale

2 marzo 2015

Sommario

1. Nome del metodo.....	2
2. Breve descrizione del metodo.....	2
3. Storia, filosofia.....	3
3.1 Storia.....	3
3.2 Filosofia.....	5
4. Modello teorico di base.....	6
4.1 Il corpo nella forza di gravità – fondamenti fisici, anatomici e, psicologici.....	6
4.2 Il processo dell’Integrazione Strutturale come approccio olistico al lavoro su corpo, spirito e anima.....	7
5. Forme di rilevazione diagnostica.....	9
5.1 Prima anamnesi.....	9
5.2 Analisi visiva – Body reading.....	10
5.3 Palpazione.....	10
6. Concetto terapeutico.....	11
6.1 Scopo.....	11
6.2 Lavoro strutturale e qualità del tocco.....	11
6.3 Lavoro funzionale ed educazione motoria.....	12
6.4 Lavoro psicobiologico ed educazione alla propriocezione.....	14
6.5 Concetto del sistema di base delle dieci sedute.....	14
6.5.1 Trattati comuni delle dieci sedute.....	14
6.5.2 Le dieci sedute e i loro contenuti.....	15
7. Limiti dell’applicazione del metodo/controindicazioni.....	19
8. Differenziazione delle competenze specifiche del metodo.....	19
9. Risorse specifiche del metodo.....	19
10. Collocazione del metodo.....	23
10.1 Relazione tra il metodo e la medicina tradizionale e alternativa.....	23
10.2 Differenze rispetto al altri metodi e professioni.....	23
11. Strutturazione e durata della sezione dedicata al metodo nell’ambito della formazione di terapia complementare.....	25
12. Allegato.....	28

1. Nome del metodo

Integrazione Strutturale

2. Breve descrizione del metodo

Nella sua applicazione l'Integrazione Strutturale si occupa di tre aspetti fondamentali del corpo umano:

1. Lavoro sulla struttura: manipolazione della struttura corporea, in primo luogo delle strutture del tessuto connettivo, la cosiddetta rete fasciale.
□ **Lavoro strutturale**
2. Lavoro sulla funzione: azione sulla funzione del corpo tramite la rieducazione interattiva del movimento.
□ **Lavoro funzionale**
3. Lavoro sulla componente psicobiologica: azione sull'aspetto "psicobiologico" del corpo. Nel corso del processo terapeutico, con l'educazione della propriocezione, è possibile ricomporre attivamente i problemi psicologici, psichici e sociali che hanno lasciato la propria impronta nel corpo del cliente.
□ **Lavoro psicobiologico**

L'Integrazione Strutturale prevede un ciclo base di trattamento di dieci sedute, nel corso delle quali l'obiettivo del terapeuta è modificare le relazioni tra i singoli segmenti corporei, aiutare il cliente ad acquisire la consapevolezza dei propri schemi motori e migliorarli, per acquisire facilità di postura e movimento.

La rete fasciale come base dell'Integrazione Strutturale

La rete fasciale avvolge in un involucro elastico il corpo e tutte le sue componenti, come muscoli, nervi e organi. Per questo motivo la Dottoressa Ida P. Rolf, creatrice del metodo, descrive la rete fasciale come "l'organo della forma". La forza di gravità che agisce costantemente sull'organismo avvolto e attraversato dall'involucro elastico delle fasce può rappresentare per l'uomo una forza regolatrice e stabilizzatrice, la risorsa a cui attingere per ottenere una struttura corporea equilibrata e ben allineata. Scopo dell'Integrazione Strutturale è rendere accessibile questa risorsa al cliente. Per ottenere questo risultato, il terapeuta sfrutta le caratteristiche di plasticità della rete fasciale. Soprattutto con il lavoro strutturale sugli strati fasciali il terapeuta modifica i reciproci rapporti tra i singoli segmenti corporei e il loro rapporto con la forza di gravità. Infatti squilibri e disturbi anatomici, fisiologici, funzionali e/o fisici possono alterare i rapporti esistenti tra le varie componenti corporee, causando l'accorciamento o l'"incollamento" delle fasce connettivali con ripercussioni negative sullo stato di benessere della persona.

Aspetti funzionali e psicobiologici dell'Integrazione Strutturale

Il lavoro strutturale viene completato dall'educazione attiva del cliente al movimento e alla propriocezione. Tanto la forma, quanto lo schema motorio del corpo umano sono influenzati dai caratteri individuali, ma anche dalla storia personale, dalle esperienze psichiche/psicologiche e dagli influssi sociali. Ci sono fattori d'influenza positivi, come p. es. la danza, lo sport, una relazione

felice, una buona propriocezione, ma anche fattori negativi, come infortuni, lesioni e malattie. Tutti questi elementi influiscono sull'organizzazione corporea.

Nell'Integrazione Strutturale l'attiva educazione propriocettiva del cliente in relazione ai propri processi motori e la mutata percezione dell'azione della forza di gravità sul proprio corpo sono elementi di centrale importanza. L'integrazione nella realtà e nella vita del cliente dei mutamenti corporei ottenuti con la terapia e del cambiamento dello schema motorio consente di mantenere nel tempo i benefici ottenuti. Il continuo processo di educazione alla propriocezione e alla responsabilità personale svolgono un ruolo primario nell'ambiente terapeutico dell'Integrazione Strutturale e servono a preservare nel tempo il mutamento ottenuto.

3. Storia, filosofia

3.1 Storia

Ida Rolf, la fondatrice dell'Integrazione Strutturale

Il metodo dell'Integrazione Strutturale è stato sviluppato e insegnato da Ida Rolf (1896–1979). Una delle prime donne negli USA a conseguire il dottorato in biochimica e fisiologia nel 1920 presso la Columbia University, New York City, USA. Ida Rolf studiò successivamente omeopatia a Ginevra e fisica a Zurigo. In seguito lavorò per diversi anni nel reparto di ricerca dell'Istituto Rockefeller di New York City, USA.

Ida Rolf soffriva di disturbi al tratto toracico della colonna vertebrale e non riusciva a trovare nessuno specialista che potesse aiutarla. La risposta al problema arrivò in seguito ad un viaggio che la portò da New York in California. Il lavoro e l'approccio terapeutico degli osteopati locali e i miglioramenti che essi riuscivano ad ottenere nei clienti, risvegliarono il suo interesse per i metodi di trattamento basati sulla manipolazione e la spinsero a cercare attivamente approcci alternativi alla cura dei disturbi fisici, confrontandosi con metodi come lo yoga e l'osteopatia.

I modelli disponibili e i risultati conseguiti non la soddisfacevano tuttavia completamente. Per lei, come scienziata, una cosa era evidente: "Se desideriamo un risultato diverso, dobbiamo partire da premesse e presupposti diversi." Ida Rolf cominciò così a considerare il corpo da un punto di vista fondamentalmente nuovo. Nel tentativo di guardare "oltre" i sintomi, riconobbe nella forza di gravità la causa principale delle alterazioni della struttura corporea. Arrivò così alla conclusione che l'allineamento ottimale degli elementi principali della struttura corporea come piedi, gambe, bacino, gabbia toracica e capo, interagendo in modo equilibrato con la forza di gravità, avrebbe accresciuto il benessere. Per questo motivo decise di chiamare il metodo "Integrazione Strutturale – Integrazione della struttura umana in relazione alla forza di gravità". Successivamente il metodo divenne noto come Rolfing®, dal nome della sua ideatrice.

Oltre all'allineamento della struttura corporea in relazione alla forza di gravità, Ida Rolf studiò le interazioni tra i vari segmenti corporei in movimento, ovvero l'aspetto funzionale del corpo, nonché l'interazione tra struttura e funzione. Arrivò così ad una nuova comprensione del significato dell'allineamento strutturale del corpo umano in relazione alla forza di gravità, che ancor oggi permea il lavoro del terapeuta.

Inizialmente Ida Rolf insegnò il suo metodo ad un piccolo gruppo di persone. Fritz Pearls (1893-1970), fondatore della terapia della Gestalt, fu molto impressionato dal trattamento ideato da Ida Rolf e la invitò in California, all'Istituto di Esalen, dove Ida Rolf da quel momento visse e insegnò.

In California Ida Rolf entrò in contatto con Moshé Feldenkrais (1904-1984) e Frederick Matthias Alexander (1869-1955), che in quegli stessi anni stavano sviluppando i rispettivi metodi per il miglioramento della funzionalità corporea. Anche famose scuole di omeopatia la richiedevano come istruttrice, finché nel 1971 fondò il proprio istituto a Boulder, USA. A tutt'oggi l'istituto porta il nome della sua fondatrice: *The Rolf Institute of Structural Integration* (RISI).

Per poter diffondere il proprio punto di vista presso il grande pubblico, Ida Rolf sviluppò una serie base di dieci sedute, che consentono al terapeuta di riconoscere l'allineamento strutturale del corpo da lei descritto e di migliorarne in modo duraturo la funzionalità. Il nucleo base di dieci sedute può essere seguito da altre sedute per un ampliamento del processo terapeutico.

Nel frattempo sotto l'egida del Rolf Institute americano sono sorte altre organizzazioni indipendenti in Europa, Australia, Brasile, Giappone e Canada, dove il metodo dell'Integrazione Strutturale viene insegnato con il nome commerciale di Rolfing®.

L'Integrazione Strutturale come settore di ricerca vivo

L'eredità di Ida Rolf è stata raccolta e sviluppata da diversi terapisti. Tanto per citare i suoi più illustri discepoli ricordiamo: il Dr. med. Hans Flury (Svizzera) che ha reinterpretato e concretizzato gli insegnamenti di Ida Rolf contribuendo in misura decisiva all'ulteriore sviluppo dell'Integrazione Strutturale. Nel campo della ricerca medica ricordiamo soprattutto il Dr. Robert Schleip (Germania): dai tempi della sua formazione presso il *Rolf Institute of Structural Integration*, Boulder, USA, negli anni '80 il Dr. Schleip è impegnato in particolare nella ricerca sul significato funzionale e neurologico delle fasce per il corpo e sui risultati terapeutici ottenibili tramite la loro manipolazione. Attualmente il Dr. Schleip sta lavorando in questo campo di ricerca ancora relativamente nuovo presso l'università di Ulm, insieme a chinesologi e neurologi (vedi allegato) e collabora all'organizzazione dei congressi internazionali sulla fascia (2007 a Boston, 2009 ad Amsterdam, 2012 a Vancouver). Un altro personaggio che ha contribuito alla diffusione del lavoro di Ida Rolf ed al suo ulteriore sviluppo è l'ex danzatore ed ex direttore del dipartimento di analisi della danza e del movimento presso l'università di Parigi, Francia, Hubert Godard. I suoi ambiti di ricerca sono in primo luogo il movimento, le strutture neurologiche e la loro interazione con la psiche durante il movimento. Anche il Dr. Peter Schwind (Germania), con il suo gruppo per le forme interdisciplinari di trattamento manuale con sede a Monaco di Baviera (vedi allegato), è impegnato da anni nell'ulteriore sviluppo scientifico dell'Integrazione Strutturale. Nell'allegato si riporta la bibliografia delle pubblicazioni specializzate.

Due istituti d'Integrazione Strutturale negli USA

Nel 1990 avvenne una scissione in seno al *Rolf Institute of Structural Integration* (RISI), Boulder, USA, a causa di differenze personali tra i discepoli che avevano appreso il metodo direttamente dalla fondatrice. Sorse così un secondo istituto, la *Guild for Structural Integration*, anch'esso con sede a Boulder, USA. Sotto il profilo organizzativo entrambi gli istituti d'Integrazione Strutturale degli USA si considerano ciascuno un'associazione comprendente l'organizzazione della formazione e l'amministrazione dei membri. Per quanto riguarda i contenuti, oggi l'unica differenza degna di nota tra i due istituti sta nel fatto che il marchio commerciale Rolfing® può essere utilizzato unicamente dai diplomati del *RISI*. Sotto il profilo dei contenuti c'è stato un riavvicinamento tra i due istituti e in Svizzera i diplomati della *Guild for Structural Integration* sono anche membri della *Swiss Association Rolfing® & Structural Integration* (SARSI). Negli USA la qualifica di terapeuta offerta dall'uno e dall'altro istituto è equivalente.

L'Integrazione Strutturale in Svizzera

Dagli anni '80 in Svizzera, quando ci si riferisce al metodo dell'Integrazione Strutturale, si parla di Rolfing®, utilizzando quindi il nome commerciale registrato del metodo piuttosto che la sua definizione. In Svizzera il marchio "Rolfing®" per indicare il metodo d'Integrazione Strutturale è stato riconosciuto dopo che il RISI di Boulder, USA, proprietario del marchio, ha dimostrato in modo plausibile che la denominazione del metodo non è Rolfing®, bensì Integrazione Strutturale, e che pertanto il nome Rolfing® può essere protetto. Rolfing® e Integrazione Strutturale sono quindi sinonimi. Il primo indica il marchio, il secondo il metodo.

3.2 Filosofia

"Vogliamo aiutare la persona a raggiungere uno stato in cui la forza di gravità non sia più sua nemica. Vogliamo che la forza di gravità sostenga la persona e agisca da forza vitale."

"La forza di gravità è la terapeuta del terapeuta"

Dr. Ida P. Rolf

Considerare l'uomo nella sua interezza di corpo, anima e spirito è un caposaldo dell'Integrazione Strutturale. Nel contesto terapeutico ciò significa che si osserva la struttura del corpo del singolo cliente nel campo gravitazionale, prestando contemporaneamente attenzione sia alle condizioni funzionali che psicobiologiche della persona.

Nella terapia il tessuto connettivo e in particolare le fasce connettivali che danno al corpo la sua forma, assumono un ruolo di primaria importanza. Con il lavoro sulle fasce si cerca di migliorare l'efficienza del comportamento motorio quotidiano. Vivere e percepire con consapevolezza il mutamento che interviene nel proprio corpo consente al cliente, con l'aiuto del terapeuta che lo assiste in questo percorso, di trovare un migliore equilibrio interiore da cui partire per stabilire nuove relazioni con il proprio ambiente.

Ogni persona ha la propria storia ed è unica in termini di qualità dei tessuti, movimento, postura e ritmo di vita. Affinché l'Integrazione Strutturale abbia successo, è importante considerare e sostenere il cliente nel suo sviluppo individuale. Compito del terapeuta è offrire al cliente un accompagnamento adeguato alla sua situazione di vita attuale. Contemporaneamente il terapeuta deve conoscere i propri limiti e, se necessario e d'accordo col cliente, avvalersi della medicina tradizionale, della medicina complementare e/o di altri specialisti.

Il cliente viene accompagnato nel processo di propriocezione dal tipo di manipolazione applicata e da compiti precisi che servono a consolidare il lavoro svolto negli intervalli tra le sedute. Questi compiti che investono l'ambito motorio, la propriocezione, ma anche l'osservazione di sé nel rapporto con gli altri, mirano a far sì che il cliente si assuma la responsabilità di mettere in pratica le esperienze fatte e le nozioni acquisite. La riflessione comune, insieme al terapeuta, sulle esperienze fatte tra le varie sedute, rende il cliente consapevole del processo in atto. Questo processo di cambiamento si attua per mezzo del lavoro continuo con il cliente nell'arco di circa dieci sedute in cui si va ad agire sia sull'ambito fisico, che funzionale e psicobiologico. La stessa Ida Rolf diceva: "L'Integrazione Strutturale richiede tempo."

4. Modello teorico di base

4.1 Il corpo nella forza di gravità – fondamenti fisici, anatomici e psicologici

L'impostazione teorica dell'Integrazione Strutturale si basa sulle caratteristiche dell'anatomia e fisiologia del corpo, nonché sulle forze fisiche che agiscono sul corpo umano, influenzandolo sotto il profilo strutturale, funzionale e psicobiologico.

La fisica ci insegna che la forza di gravità attira ogni massa, e quindi anche il corpo umano, perpendicolarmente verso la terra. La forza antagonista, ovvero la forza normale, consente di mantenersi in posizione eretta. In questa interazione tra le forze, il corpo umano è alla costante ricerca di una condizione di equilibrio in cui mantenere senza fatica il proprio allineamento.

L'Integrazione Strutturale parte dall'idea di un allineamento "ideale" della struttura corporea: in questa "situazione ideale" il corpo umano è allineato lungo una perpendicolare. Questa connessione perpendicolare tra i singoli segmenti corporei fa in modo che le tensioni passive del tessuto fasciale davanti, dietro e ai lati del corpo si neutralizzino automaticamente. È così possibile raggiungere l'auspicato stato di equilibrio. In questa situazione di equilibrio anche la tensione muscolare attiva necessaria per l'allineamento della struttura, viene automaticamente minimizzata, rendendo agevole sia lo stare in piedi fermi che il movimento.

Se si osserva il corpo umano in movimento, si noterà che i singoli segmenti corporei: piedi, gambe, bacino, gabbia toracica e capo, sono disposti l'uno sull'altro. Tuttavia i singoli segmenti non vanno intesi come blocchi fissi. La loro consistenza può essere paragonata a quella di un fluido molto denso. I segmenti, di per sé mobili, sono tenuti assieme da involucri, le fasce, che imprimono loro anche la forma. La forma dei singoli segmenti e quindi di tutto il corpo, è pertanto il risultato dell'equilibrio tra la pressione esercitata dal contenuto delle fasce e la tensione passiva delle fasce stesse. A questa tensione passiva si aggiunge la componente attiva degli elementi contrattili delle fibre muscolari. Questa tensione attiva aiuta le fasce nel loro compito di mantenere il corpo in posizione eretta e può modificarsi molto e in modo mirato. Il risultato è il movimento che si può definire come il mutamento reversibile della forma corporea.

Con la manipolazione dell'Integrazione Strutturale il terapeuta lavora sulla struttura sopra descritta, ovvero sulla posizione e sul flusso motorio dei singoli segmenti in relazione alla forza di gravità. Il terapeuta lavora sulle fasce incollate e/o accorciate che avvolgono sia la muscolatura scheletrica che gli organi. L'obiettivo della manipolazione è creare un margine di spazio maggiore per ottenere senza sforzo l'allineamento perpendicolare del corpo. Le deviazioni dalla "struttura ideale" sopra descritta sono molto diverse da persona a persona. Per questo bisogna trovare per e con ciascuno la struttura individuale che più si avvicina a quella "ideale".

Dal punto di vista fisiologico le fasce sono caratterizzate dalla presenza di un gran numero di recettori sensoriali che assumono informazioni dal sistema nervoso e ad esso le trasmettono. Sono quindi dei punti in cui, con la pressione manuale e con l'educazione propriocettiva, è possibile comunicare direttamente con il sistema nervoso riguardo alla tensione e posizione delle fasce. Le manipolazioni e i cambiamenti nei processi del movimento inducono un cambiamento dei rapporti di tensione delle fasce nella loro interazione.

Contemporaneamente si possono richiamare in questi strati di tessuto anche informazioni psicobiologiche come p. es. ricordi di particolari eventi sedimentati nel corpo. Questo aspetto del

lavoro sul corpo è importantissimo per l'impostazione del processo terapeutico e vi si attinge costantemente per favorire il cambiamento della esterocezione ed enterocezione del cliente.

4.2 Il processo dell'Integrazione Strutturale come approccio olistico al lavoro su corpo, spirito e anima

L'Integrazione Strutturale si avvale per il lavoro sulle strutture e le relazioni sopra descritte di un sistema di base di circa dieci trattamenti, detti anche sedute. Questo sistema di base serve sia al cliente che al terapeuta da orientamento nel processo di cambiamento e rappresenta un filo conduttore che consente di mantenere una visione olistica di tutto il corpo e della persona. Contemporaneamente, nell'ambito della formazione dei terapisti, le dieci sedute servono da "programma" per l'apprendimento dell'Integrazione Strutturale.

Gli schemi posturali e motori possono avere cause fisiche e/o psichiche, psicologiche e sociali. Questi schemi influiscono sul modo in cui il corpo si organizza nel campo gravitazionale. Poiché la rete fasciale pervade tutto il corpo senza soluzione di continuità, gli schemi posturali e di movimento possono ripercuotersi su un numero sempre maggiore di regioni corporee sempre più distanti le une dalle altre. In questo modo, per esempio, una distorsione ad un piede prima o poi può ripercuotersi sulle ginocchia e sulle anche; oppure le tensioni del tratto lombare della colonna vertebrale dopo qualche tempo possono coinvolgere anche il collo. Pertanto un intervento mirato può risultare in un cambiamento a livello locale, tuttavia, per ottenere un riallineamento duraturo, occorre considerare tutto il corpo nel suo insieme in un arco di tempo prolungato. In questo modo il tessuto viene risparmiato e il cliente può seguire il proprio processo di cambiamento e integrazione fisica anche sotto il profilo psicologico.

Ciascuna delle dieci sedute di base è incentrata su distretti (i "territori") e funzioni del corpo prestabiliti. Per territori si intendono specifiche regioni corporee come per es. il cinto scapolare, il bacino, la parte interna delle gambe, la parte esterna delle gambe o i piedi. Nell'Integrazione Strutturale si definiscono funzioni sia i singoli processi motori, di cui fa parte p. es. la respirazione, che le sequenze motorie che si susseguono nel camminare o nel muovere delle braccia, entrambi vanno considerati in modo differenziato.

La sequenza dei territori e delle funzioni su cui si lavora è armonizzata dalla prima alla decima seduta. Il cliente viene così guidato passo dopo passo lungo il processo di cambiamento dell'Integrazione Strutturale. Questa procedura graduale include ad ogni seduta nuove risorse che vanno sommandosi a quelle delle sedute precedenti per aiutare il cliente ad integrare e sfruttare a proprio vantaggio i cambiamenti che si verificano nelle varie sedute. Così, per esempio, nella prima seduta si lavora sulla respirazione e sul suo influsso sul cinto scapolare e pelvico. La respirazione sempre più consapevole del cliente servirà nella seduta successiva da preziosa risorsa a cui cliente e terapeuta potranno attingere nella loro collaborazione. Nella seconda seduta il terapeuta sfrutta la risorsa "contatto con il suolo" per il corpo. Nel corso della seduta, con la manipolazione strutturale delle fasce, con l'educazione della percezione dei processi motori funzionali dei piedi e delle gambe, si ottimizza il contatto con il suolo. Ogni seduta si fonda sulla precedente e ne rappresenta l'ulteriore sviluppo. Segue una panoramica dei territori e delle funzioni presi in considerazione nelle singole sedute:

1a seduta: respirazione completa

Interrogativo principale: in che modo la respirazione influisce sulla struttura del cinto scapolare e del cinto pelvico?

2a seduta: connessione con il suolo

Interrogativo principale: in che modo il corpo viene sostenuto da piedi e gambe?

3a seduta: lunghezza del corpo

Interrogativo principale: come si può ottenere l'allungamento e quindi la decompressione delle curve della colonna vertebrale?

4a seduta: apertura del pavimento pelvico

Interrogativo principale: come si può fornire sostegno alla linea mediana interna tramite il lato interno delle gambe e il pavimento pelvico?

5a seduta: allineamento interno

Interrogativo principale: come si può favorire l'allineamento interno lavorando sul lato anteriore del corpo?

6a seduta: far respirare la schiena

Interrogativo principale: come si può favorire l'allineamento interno lavorando sul lato posteriore del corpo?

7a seduta: liberare il capo

Interrogativo principale: in che modo il capo e il collo possono accogliere e integrare i cambiamenti avvenuti nel corpo?

8a/9a & 10a seduta: integrazione dei cambiamenti focalizzando l'attenzione sui vari segmenti corporei e lavorando sui territori che non hanno ancora integrato i cambiamenti avvenuti.

Anche se i territori e le funzioni corporee su cui si lavora nell'ambito del sistema base di dieci sedute sono generalmente gli stessi, i problemi affrontati, gli obiettivi e le potenzialità variano da cliente a cliente. Infatti ciascuno ha, p.es., un proprio modello respiratorio e si distingue per il proprio contatto con il suolo, la funzionalità dei piedi, la qualità dei tessuti e gli schemi motori generali. Nel quadro delle dieci sedute si può lavorare in modo molto personale, creando una procedura in cui la progressione varia da persona a persona. Il numero esatto di sedute necessarie per ciascun territorio e funzione, la scelta dei territori e delle funzioni su cui lavorare nelle singole sedute, nonché l'intervallo di tempo tra una seduta e l'altra variano da cliente a cliente. Ogni cliente arriva in terapia con un bagaglio di precedenti psichici, psicologici e sociali diverso. Per questo, ad ogni seduta, ci si deve porre la domanda: "Che relazione esiste tra i processi corporei e i processi psichici e psicologici? In che modo il terapeuta può favorire al meglio il processo d'integrazione di struttura, funzione e psicobiologia di corpo, spirito e anima?"

Durante la seduta, nell'impostare i suoi interventi strutturali il terapeuta si orienta alle necessità del cliente. In base alle esigenze del cliente il lavoro strutturale va ad agire su strati diversi delle fasce, da quelli più superficiali, immediatamente al di sotto della pelle, fino a quelli più profondi come per esempio il periostio. Le tecniche anamnestiche del body reading ('lettura del corpo') e della palpazione, descritti nel capitolo 5, forniscono i punti di riferimento per la scelta delle fasce da manipolare.

Dal punto di vista funzionale determinati atteggiamenti corporei non sono solo l'espressione dell'accorciamento e/o incollamento delle fasce, bensì anche il risultato di atteggiamenti posturali o processi motori abituali della vita quotidiana che, a loro volta, favoriscono l'accorciamento e l'incollamento delle fasce. In genere il cliente non se ne rende molto conto, per cui uno degli obiettivi dell'aspetto funzionale della terapia è rendere consapevole il cliente di questi schemi motori. Insieme, con l'aiuto del lavoro strutturale, cliente e terapeuta possono sviluppare nuove

opzioni di movimento, che consentano una migliore interazione tra i vari segmenti corporei in relazione con la forza di gravità. Per esempio il terapeuta propone dei cambiamenti nelle sequenze motorie, richiamando l'attenzione del cliente sui cambiamenti propriocettivi che ne derivano. Il cliente sperimenta così nuove possibilità di espressione e di relazione con la forza di gravità. Tra una seduta e l'altra il cliente consolida questo processo di cambiamento, utilizzando le opzioni elaborate e scegliendo le soluzioni che trova più adatte a sé. La riflessione globale sui processi nell'intervallo dopo una seduta è premessa indispensabile per la seduta successiva.

Da un punto di vista psicobiologico, le diverse qualità di tensione dei vari strati fasciali possono anche essere espressione di eventi la cui qualità psichica ed emotiva si ripercuote sui tessuti. È per questo motivo che interventi strutturali e funzionali possono scatenare nel cliente le più disparate risposte emotive. Il terapeuta comunica al cliente le proprie percezioni tattili e cerca, nel colloquio con il cliente, di aiutarlo ad attribuire alle sensazioni corporee il significato corretto. In questo processo la prerogativa dell'interpretazione spetta sempre al cliente.

Nel processo terapeutico dell'Integrazione Strutturale la propriocezione del cliente svolge un ruolo primario. Il terapeuta supporta costantemente la propriocezione del cliente nella consapevolezza che la percezione del proprio corpo e delle sensazioni ad esso connesse, avviano il processo di autoregolazione. La percezione consapevole delle tensioni all'interno della rete fasciale del proprio corpo e il riconoscimento di eventuali correlazioni con la propria impostazione e condotta di vita si ottiene con il tocco, con la proposta di immagini interne ed esterne, con colloqui di feedback e con la riflessione comune tra cliente e terapeuta. Contemporaneamente il terapeuta lavora sulla consapevolezza dell'uso del proprio corpo da parte del cliente e sulle relative ripercussioni sull'ambiente circostante e sul benessere psichico e psicologico del cliente.

5. Forme di rilevazione diagnostica

5.1 Prima anamnesi

Il rapporto terapeutico comincia con un esauriente colloquio, la prima anamnesi. Durante il colloquio si rileva l'anamnesi fisica, psichica e sociale del cliente che comprende il quadro attuale dei disturbi del cliente, la sua anamnesi medica (operazioni, infortuni ecc.), la situazione professionale e familiare, le sue risorse personali, nonché la motivazione e le aspettative che hanno spinto il cliente a sottoporsi al trattamento d'Integrazione Strutturale. Un obiettivo importante del primo colloquio è, oltre alla raccolta dell'anamnesi, delineare un quadro delle risorse interne ed esterne del cliente che possano sostenerlo nell'imminente processo terapeutico e nei cambiamenti che ne conseguiranno.

Il colloquio consente inoltre al terapeuta di farsi un'idea dell'utilizzo che il cliente fa del proprio corpo nella vita di tutti i giorni, compresi p. es. i movimenti ripetitivi o la postura tenuta sul lavoro. Nel colloquio col cliente il terapeuta riesce a scoprire se il cliente mette già in atto meccanismi di autoregolazione ed adeguamento alle condizioni esterne. Queste informazioni consentono al terapeuta di fare una prima valutazione delle possibilità e dei limiti propri e del cliente.

Un ulteriore obiettivo del primo colloquio è determinare la posizione attuale del cliente e stabilire un obiettivo terapeutico comune che fornirà l'orientamento per il successivo processo terapeutico.

Si accennerà inoltre al fatto che il lavoro che cliente e terapeuta si accingono a fare sulle strutture fisiche di base può ripercuotersi sulla situazione psichica, psicologica e sociale del cliente,

modificandola. Per tutta la durata della terapia, cliente e terapeuta rifletteranno costantemente assieme su tali mutamenti.

Nel primo colloquio si chiarirà se ragioni mediche precludano il trattamento con l'Integrazione Strutturale o se le idee e le aspettative del cliente coincidano con i contenuti e gli obiettivi dell'Integrazione Strutturale. Se l'Integrazione Strutturale risultasse non essere la terapia più idonea per il cliente, terapeuta e cliente studieranno assieme quale altra forma di trattamento prendere in considerazione.

5.2 Analisi visiva – Body reading

Uno strumento importante per l'esame obiettivo del cliente è l'analisi visiva del corpo, detta "body reading", che viene effettuata prima e dopo ogni seduta. Con l'osservazione del cliente in posizione eretta e in movimento, il body reading indica al terapeuta:

- a) qual è lo schema posturale e motorio caratteristico del cliente
- b) quanto il cliente è consapevole di tale schema
- c) com'è attualmente l'organizzazione fasciale del corpo del cliente a causa del suo schema posturale e motorio

Il body reading fornisce preziose indicazioni sulle fasce che si possono manipolare per ottenere una migliore efficienza del flusso motorio. In questa fase il terapeuta verifica p. es. se il cliente tende a raggiungere l'equilibrio nel campo gravitazionale con gli strati muscolari esterni o interni, oppure se tale compito viene assolto principalmente dalle fasce.

Il body reading, come processo interattivo tra terapeuta e cliente, consente inoltre di valutare la capacità propriocettiva del cliente nei confronti del proprio corpo e della sua interazione con il mondo esterno.

Inoltre il body reading si usa prima e dopo ogni seduta, sotto la guida del terapeuta, per dare al cliente la possibilità di percepire esattamente il proprio corpo e, al termine della seduta, verificare sul proprio corpo e integrare i cambiamenti intervenuti nel corso della seduta. In questo modo il cliente può subito rendersi conto del processo di cambiamento.

5.3 Palpazione

Un altro strumento diagnostico importante è la palpazione diretta del corpo in posizione eretta, seduta e/o sdraiata. Anche in questo caso i territori considerati nelle varie sedute (vd. capitolo 4.2 e 6.5.2) rappresentano il filo conduttore per l'esame delle diverse regioni corporee. Essa serve inoltre a verificare in che misura l'analisi visiva, che considera principalmente l'azione della gravità sul corpo del cliente, coincide con la tensione fasciale che si rileva manualmente quando il corpo, in posizione distesa, si trova "al di fuori" della forza di gravità. Quando si è sdraiati, la forza di gravità non si esercita più perpendicolarmente lungo il corpo dal capo fino ai piedi e quindi il corpo risulta "de-contratto". Questa situazione di "de-contrazione" consente di esaminare un ulteriore strato dell'organizzazione corporea. Le fasce possono presentare caratteristiche diverse, da molto dense a molto molli, da molto incollate a molto differenziate. Queste informazioni consentono al terapeuta di valutare quanto tempo dedicare al lavoro strutturale e funzionale. La qualità dei tessuti è anche uno degli indicatori su cui basarsi per decidere a che intervallo effettuare le sedute. In generale, più

denso è il tessuto, più breve sarà l'intervallo fra una seduta e l'altra e viceversa. Anche la reazione psicoemotiva al trattamento rappresenta un importante indicatore per stabilire l'intervallo temporale tra le sedute. Con la palpazione si stabilisce automaticamente un contatto con l'aspetto psicobiologico del corpo. Nel colloquio col cliente riguardo alle sue percezioni durante la palpazione, il terapeuta darà spazio ai temi psichici, psicologici e sociali e, con domande aperte, aiuterà il cliente a inserire e interpretare questi temi in un contesto per lui plausibile.

6. Concetto terapeutico

6.1 Scopo

Scopo dell'Integrazione Strutturale è l'agevole allineamento e movimento del corpo umano nella forza di gravità, con il coinvolgimento della propriocezione del cliente. Modificando sotto il profilo strutturale, funzionale e psicobiologico, nel corso della terapia, le tensioni presenti nel sistema fasciale del corpo, attraverso la costante azione della forza di gravità sul corpo si avvia un processo di autoregolazione dell'intero sistema corporeo del cliente.

L'Integrazione Strutturale è l'avvicinamento progressivo ad un flusso motorio adeguato all'interno di un assetto "ideale" nel campo gravitazionale, per consentire al cliente di raggiungere un rapporto armonico ed efficiente con il proprio corpo. La capacità del cliente di percepire il proprio corpo viene consolidata in modo durevole e messa in relazione con la vita quotidiana. Si rafforza così la fiducia nel proprio corpo e di conseguenza nel proprio atteggiamento. Il cliente apprende nuovi modi possibili di relazionarsi con il proprio corpo e impara ad applicarli in modo sempre più corretto. Se le persone sono "allineate", in armonia con se stesse sotto il profilo fisico, psichico e sociale, ovvero quando trovano il proprio equilibrio, la soglia di tolleranza in presenza di disturbi di tipo fisico, psichico e sociale s'innalza. Ovviamente premessa indispensabile per questo processo di autoresponsabilizzazione e autoguarigione è un'atmosfera di fiducia reciproca e di supporto tra terapeuta e cliente.

6.2 Lavoro strutturale e qualità del tocco

Le mani del terapeuta che lavorano sulla struttura del corpo sono il punto d'incontro tra i due sistemi fasciali viventi del terapeuta e del cliente. Quando le dita, le mani, le nocche, il pugno o l'intero avambraccio del terapeuta incontrano il corpo del cliente, si stabilisce automaticamente una comunicazione. In questa situazione il corpo del terapeuta, nella sua relazione con la gravità, può servire da modello. Attraverso la qualità del tocco, il cliente può percepire sensorialmente il corpo del terapeuta ed entrare in contatto con una versione già "integrata" di sistema fasciale, quella del terapeuta. Per questo motivo bisogna prestare particolare attenzione all'interazione tra gli stimoli cinestetici suscitati dal terapeuta e la propriocezione del cliente: la qualità del tocco quindi è molto importante.

Come già accennato, le fasce che avvolgono tutto il corpo possono essere considerate nel loro insieme come "l'organo della forma". Esse costituiscono una sorta di recipiente dei "contenuti" del corpo, come muscoli, ossa e organi. Il corpo umano è composto per il 70% circa di acqua. L'Integrazione Strutturale immagina quindi le fasce come contenitori pieni di fluido e le considera in relazione tra di loro e con la forza di gravità. A loro volta i contenitori dei singoli segmenti sono tenuti assieme da altre fasce che compongono la rete fasciale. Il terapeuta deve saper distinguere le caratteristiche e la tensione delle diverse fasce. Con la pressione e la trazione meccanica si scatenano stimoli che vanno ad interagire con le fasce, allungandole o separandole quando sono

incollate, ripristinando così la differenziazione dei vari strati. La pressione o la trazione deve essere applicata tenendo conto della tridimensionalità dei contenitori-fasce. Per chiarire il concetto possiamo immaginare di applicare un elastico largo attorno ad un'arancia molle. Se l'elastico si allunga o si stacca dall'arancia, non si potrà semplicemente applicare una pressione o una trazione, perché altrimenti si rischierebbe di schiacciare l'arancia. Si dovrà piuttosto tirare o spostare l'elastico, tenendo conto della forma dell'arancia. Ovviamente l'esempio è molto semplificato, dato che l'elastico non è un tessuto vivente. Quando si lavora sulle fasce bisogna continuamente considerare le possibilità, ma anche i limiti di questo tessuto vivente. Le sottili reazioni che si percepiscono al tocco, forniscono al terapeuta anche delle indicazioni sui processi psicobiologici nel corpo del cliente. È possibile che ricordi di particolari esperienze, come per esempio un incidente, ma anche determinate tematiche psicologiche, abbiano influito sul tessuto e vengano risvegliati dal tocco del terapeuta. Se il terapeuta riesce a favorire questo processo con sensibilità, ponendo domande aperte e illustrando ciò che ha percepito, potrà avviare processi di trasformazione profondi.

6.3 Lavoro funzionale ed educazione motoria

Oltre al lavoro strutturale, un altro importante intervento è l'educazione motoria del cliente da parte del terapeuta. Un movimento si considera efficiente, se per compierlo si usa quanto meno energia possibile. Il rapporto con l'energia può essere considerato sia da un punto di vista puramente fisico che da un punto di vista soggettivo. I due punti di vista interagiscono tra di loro. Se un movimento è efficiente, genera una soggettiva sensazione di fluidità del movimento percepibile anche dall'esterno. Spesso l'efficienza del movimento crea una sensazione di maggiore vitalità e influisce positivamente sul benessere fisico, psicologico, psichico e sociale dell'individuo.

Nel modello motorio dell'Integrazione Strutturale ogni movimento efficiente parte dal rilassamento dei muscoli antagonisti che precede la contrazione dei muscoli agonisti. Così per esempio per avere una contrazione efficiente del bicipite (agonista), è necessario che prima si rilassi il tricipite (antagonista), per lasciare spazio e lunghezza. Questo rilassamento selettivo dei muscoli antagonisti viene percepito e attivato diversamente da ciascuno. Spesso il cliente non è consapevole di questa interazione e allora compito del terapeuta sarà fornirgli questa consapevolezza con l'educazione alla propriocezione, con esercizi fisici mirati o con la presentazione di immagini concrete. Il rilassamento fisico che ne deriva, può indurre un miglioramento del benessere generale. La nuova qualità del movimento deriva in primo luogo dalla propriocezione acquisita dal cliente e non da immagini esterne.

Nell'osservazione differenziata del movimento svolgono un ruolo importante per il terapeuta i cosiddetti "pre-movements" (pre-movimenti), ossia schemi preparatori di movimento. Tra l'altro sono i pre-movements a determinare le modalità di svolgimento dall'atto motorio. In questo contesto la domanda più importante dal punto di vista dell'Integrazione Strutturale è la seguente: la preparazione di un movimento è originata dalla contrazione o dal rilassamento dei muscoli? In altre parole: il muscolo antagonista è in grado di rilassarsi prima della contrazione dell'agonista, oppure prevale uno schema motorio di contrazione? Il modo in cui il corpo risponde individualmente a queste domande con l'uno o l'altro schema motorio, dipende anche dall'orientamento del cliente verso l'interno e verso l'esterno. Con quale grado di differenziazione il cliente è in grado di percepire il proprio comportamento motorio all'interno del corpo? Con quale intensità reagisce al mondo esterno che è influenzato da tante variabili come la temperatura, la luce, i rumori ecc.? In questa moltitudine di fattori la forza di gravità rappresenta una costante fisica che agisce ininterrottamente e in modo sempre uguale sull'organismo umano, a prescindere dalle situazioni.

Per esempio le posture o i movimenti scorretti o antalgici che si assumono per evitare il dolore possono essere intensificati dalla forza di gravità, causando contrazioni e limitando la libertà di movimento. Se la limitazione si protrae nel tempo, il comportamento indotto dai cambiamenti nei rapporti di tensione all'interno della rete fasciale viene integrato nel normale modello motorio del cliente, il più delle volte senza che il cliente se ne accorga. Nell'Integrazione Strutturale questi schemi motori vengono analizzati e ottimizzati insieme al cliente. In questo contesto la propriocezione e la responsabilità propria del cliente rivestono un ruolo di primaria importanza.

Uno strumento prezioso per il comune sforzo volto a creare nuovi processi motori è il lavoro con i sensi del cliente. Senza rendersene conto, ciascuno privilegia uno o più sensi a discapito degli altri. Così, per esempio, la preferenza per la percezione visiva o acustica modifica i rapporti di tensione all'interno della rete fasciale in modo diverso dalla preferenza per la percezione prevalentemente tattile. Nell'Integrazione Strutturale, per favorire i processi di cambiamento del comportamento motorio, il terapeuta inizia a lavorare sui sensi più facilmente accessibili del cliente. Si possono così utilizzare come ausili immagini, il tocco o rumori. Se il cliente si orienta prevalentemente con l'udito, nel camminare terrà una posizione del capo diversa rispetto a chi privilegia l'orientamento visivo. L'orientamento tattile può determinare un diverso uso dei piedi nel camminare, rispetto all'uso che ne fa chi si orienta in base alle impressioni visive e agli occhi. In quest'ultimo esempio il cliente sarà probabilmente più concentrato sulla posizione del capo che sull'uso dei piedi. Il diverso uso dei sensi influisce quindi direttamente sulle caratteristiche fasciali all'interno del corpo. Se la focalizzazione del cliente sui propri sensi viene volutamente cambiata e ampliata dal terapeuta, anche le caratteristiche delle fasce si modificheranno di conseguenza.

Oltre all'educazione motoria e propriocettiva, il cliente viene educato al movimento tramite il lavoro manuale eseguito dal terapeuta sulla sua struttura corporea da sdraiato, da seduto e in piedi. In questo modo si favoriscono sia la differenziazione e l'allungamento degli strati fasciali, che la percezione che il cliente ha del proprio corpo.

L'aspetto funzionale dell'Integrazione Strutturale consente al cliente di sperimentare una nuova qualità del movimento. Le tensioni interne ed esterne possono così essere percepite in modo più differenziato. Questa neoacquisita fiducia nel proprio corpo e nella sua capacità di movimento aiuta il cliente a riconoscere ed interpretare i segnali del proprio corpo. Successivamente il cliente potrà interpretare questi segnali sia a livello fisico, che psichico o sociopsicologico.

6.4 Lavoro psicobiologico ed educazione alla propriocezione

Il corpo, come espressione fisica dell'esistenza dell'uomo, è anche il deposito degli eventi che si verificano nel corso della vita di ciascuno. Ricordi e sensazioni, sia di natura psichica che fisica, si ritrovano nel corpo e si "depositano" nei tessuti nel vero senso della parola. Il corpo quindi non è soltanto espressione di "realtà" somatiche, bensì è anche specchio delle esperienze intime, del proprio vissuto. Pertanto qualsiasi terapia fisica basata sulla manipolazione deve prendere in considerazione anche questo aspetto del cliente e dedicargli la dovuta attenzione.

Il contatto diretto col corpo infatti può sempre diventare anche il punto di accesso alle esperienze, ai ricordi accumulati e alle relative sensazioni. Poiché l'Integrazione Strutturale è un percorso di accompagnamento focalizzato sul corpo, è particolarmente importante che il terapeuta supporti il cliente con attenzione e apertura interpretativa nel processo di connessione delle percezioni fisiche con il vissuto psichico. La prerogativa interpretativa sull'inquadramento dei contesti spetta comunque sempre al cliente.

Semplici posture antalgiche o scorrette possono diventare così marcate per effetto della gravità che le tensioni che ne derivano riducono la vitalità e il benessere psichico dell'individuo. In questi casi stabilire nuovi modelli posturali e motori, aumentando la consapevolezza del cliente riguardo ai propri atteggiamenti, è una parte importante del lavoro dell'Integrazione Strutturale. Compito principale del terapeuta in questo caso è educare il cliente alla propriocezione in relazione ai rapporti psicofisici e offrirgli delle alternative per la gestione delle proprie percezioni corporee, possibilmente modificando le percezioni e le valutazioni di fenomeni noti. Per ottenere questa trasformazione il terapeuta accompagna il cliente nel suo percorso con domande aperte e invitandolo a rifocalizzare la propria attenzione.

6.5 Concetto del sistema di base delle dieci sedute

L'Integrazione Strutturale lavora con un sistema di base di dieci sedute. Questo sistema serve sia al terapeuta che al cliente come orientamento nel processo di cambiamento e funge da filo conduttore che consente di considerare il corpo e la persona come un tutt'uno e di accompagnare il cliente in un fondamentale percorso di cambiamento in un arco di tempo prolungato.

6.5.1 Tratti comuni delle dieci sedute

Prima dell'inizio della seduta

All'inizio di ogni seduta viene eseguita un'esauriente anamnesi con gli strumenti del body reading e della palpazione, descritti al capitolo 5. Scopo dell'anamnesi è riflettere insieme al cliente sui mutamenti verificatisi tra una seduta e l'altra e commentare e fissare il cambiamento intervenuto nell'azione della gravità sul corpo, nonché i mutamenti osservati nelle percezioni o nel modello motorio.

Svolgimento delle sedute

Lo svolgimento di ogni seduta si orienta in primo luogo ai territori e agli interrogativi descritti nei paragrafi 4.2 e 6.5.2. Il numero delle sedute necessarie ad ogni territorio può invece variare. Analogamente, laddove vi sia l'indicazione, si potranno trattare due interrogativi nel corso della stessa seduta. Lo svolgimento esatto di ogni seduta è determinato in primo luogo dalle esigenze del cliente e in seconda istanza dai progressi compiuti nel processo d'integrazione e dal miglior supporto che si può offrire al cliente in quel momento. Oltre allo svolgimento delle singole sedute, anche gli intervalli fra le sedute possono variare da cliente a cliente. A seconda del cliente l'intervallo tra le sedute può variare da alcune settimane ad un mese. La programmazione delle sedute e degli intervalli tra di esse dipende dalla qualità dei tessuti del cliente, dal suo grado di propriocezione, dalla sua situazione di vita, da come si sta svolgendo il processo di integrazione. Lo svolgimento ideale della terapia viene in ogni caso stabilito dal terapeuta e dal cliente di comune accordo.

Lavoro strutturale, funzionale e psicobiologico

Ogni seduta comprende una parte di lavoro strutturale (la manipolazione delle fasce), una parte di lavoro funzionale (educazione motoria) e una parte di lavoro psicobiologico (educazione propriocettiva). Gli interventi strutturali sono sempre accompagnati da un immediato scambio verbale con il cliente sulle sue percezioni del momento riguardanti la qualità del tocco e le eventuali associazioni fisiche, psicologiche o psichiche, evocate dal tocco del terapeuta. Inoltre queste associazioni vengono continuamente messe in relazione con l'intero processo terapeutico e con gli obiettivi concordati con il cliente. Lo stabilire per quali ambiti della vita del cliente le esperienze attuali abbiano un significato, spetta unicamente al cliente. Il terapeuta può solo favorire il processo

interpretativo ponendo domande aperte e fornendo al cliente un feedback sul processo, basato sulle proprie osservazioni di natura strutturale, funzionale e/o psicobiologica. Ogni seduta contribuisce ad avvicinare il corpo all'allineamento ideale, ossia ad un allineamento senza sforzo all'interno del campo gravitazionale. Inoltre, durante ogni seduta il terapeuta analizza, interpreta e rielabora in collaborazione con il cliente i suoi schemi motori.

Durante le sedute il cliente è sdraiato sul lettino, sta seduto, in piedi o si muove per la stanza. La scelta delle posizioni è individuale e dipende dagli obiettivi e dalle possibilità fisiche del cliente.

6.5.2 Le dieci sedute e i loro contenuti

Definizioni dei concetti

La descrizione delle sedute ha un carattere puramente esemplificativo e generale e dev'essere poi adeguata a ciascun cliente. Nelle descrizioni delle sedute si usano i seguenti concetti che permettono di comprendere nel dettaglio gli interrogativi delle varie sedute:

1. Struttura:
 - Le fasce e il loro contenuto di ossa, muscoli e organi
 - Tendini, legamenti e loro inserzioni
 - Biomeccanica delle articolazioni
2. Funzione:
 - Percezione coordinata
 - Osservazione della struttura in movimento
3. Psicobiologia:
 - Percezione interna ed esterna
 - Emozioni/ricordi memorizzati nei tessuti

1a seduta: respirazione completa

Interrogativo principale: in che modo la respirazione influisce sulla struttura di cinto scapolare e cinto pelvico?

Lavoro strutturale:

- Aprire il cinto scapolare ampliando la respirazione
- Liberare e decomprimere il bacino, uno dei punti chiave dell'Integrazione Strutturale, con l'ampliamento della respirazione.

Lavoro funzionale:

- Liberare il respiro, uno dei punti chiave per il movimento e per il corpo in generale
- Favorire il movimento del bacino attorno all'asse orizzontale dei fianchi
- Rendere consapevole il cliente del movimento delle costole e delle braccia

Lavoro psicobiologico:

- Con un primo contatto stabilire una relazione con il cliente
- Attirare l'attenzione del cliente sulla struttura e sul movimento
- Conoscere la situazione presente del cliente e comprendere i suoi obiettivi

2a seduta: connessione con il suolo

Interrogativo principale: in che modo il corpo viene sostenuto da piedi e gambe?

Lavoro strutturale:

- Ottimizzare l'organizzazione di piedi, gambe e cosce (p.es. compensare le rotazioni), in modo che il resto del peso corporeo poggi sui piedi e dai piedi venga trasmesso al terreno il più perpendicolarmente possibile
- Avviare l'orizzontalizzazione del bacino partendo dai piedi

Lavoro funzionale:

- Rollata differenziata dei piedi a seconda dello spostamento del peso da sopra
- Attivare l'articolazione tibio-tarsica e riuscire ad affondare con i piedi nel terreno

Lavoro psicobiologico:

- Rafforzare l'esperienza del supporto fornito dal suolo
- Cosa significa per il cliente affondare con ogni passo nel terreno e poi staccarsene?

3a seduta: lunghezza del corpo

Interrogativo principale: come si può ottenere l'allungamento e quindi la decompressione delle curve della colonna vertebrale?

Lavoro strutturale:

- Stabilire la comprensione fisica della linea laterale del corpo come risultato del rapporto tra lato anteriore e posteriore del corpo

Lavoro funzionale:

- Trovare l'equilibrio nell'orientamento tra spazio (sopra) e suolo (sotto)

Lavoro psicobiologico:

- L'esperienza di un involucro libero del corpo e la coordinazione della respirazione
- Esperienza dell'equilibrio e della tridimensionalità nel tessuto e nella respirazione
- Esperienza di relazioni con altri (reazioni fisiche alle altre persone in relazione alla propria condizione psicologica e psicosociale)

4a seduta: apertura del pavimento pelvico

Interrogativo principale: come si può fornire sostegno alla linea mediana interna tramite il lato interno delle gambe e il pavimento pelvico?

Lavoro strutturale:

- Organizzazione della linea interna per aiutare il cliente nell'allineamento
- Aprire/liberare il pavimento pelvico, in modo che il movimento possa fluire dai piedi fino alla nuca passando per il bacino
- Stabilire la connessione tra piedi, LDH (Lumbar Dorsal Hinch) e nuca

Lavoro funzionale:

- Bilanciamento di abduttori e adduttori nel movimento
- Percezione della funzione distale dello psoas nel movimento
- Sperimentare la connessione tra i piedi, il bacino e la zona lombare

Lavoro psicobiologico:

- Esplorazione delle percezioni dello spazio interno e connessione al mondo esperienziale interno
- Trasmissione del movimento attraverso il corpo, sostegno offerto del suolo e dallo spazio

5a seduta: allineamento interno

Interrogativo principale: come si può favorire l'allineamento interno, lavorando sul lato anteriore del corpo?

Lavoro strutturale:

- Ordine all'interno del torace
- Equilibrio tra iliopsoas, quadratus lumborum, dodicesima costola, muscoli addominali e pavimento pelvico

Lavoro funzionale:

- "L'uomo che cammina": percepire e sperimentare la nuova coordinazione del bacino (tra cui: estensione nell'anca, distacco dal suolo con il piede)
- Acquisizione della consapevolezza del latissimus, del serratus anterior e dei romboidi nel movimento

Lavoro psicobiologico:

- Acquisizione della consapevolezza di una propriocezione più profonda dell'io da parte del cliente

6a seduta: far respirare la schiena

Interrogativo principale: come si può favorire l'allineamento interno, lavorando sul lato posteriore del corpo?

Lavoro strutturale:

- Ulteriore orizzontalizzazione del bacino con la liberazione del sacro e della colonna vertebrale

Lavoro funzionale:

- Percezione del movimento da e attraverso il centro del corpo
- Percezione e riequilibrio dei grandi muscoli della schiena preposti al movimento

Lavoro psicobiologico:

- Percezione della misura in cui il cliente riesce a riempire il proprio spazio interno e cosa significa per lui tale spazio interno

7a seduta: liberare il capo

Interrogativo principale: in che modo il capo e il collo possono accogliere e integrare i cambiamenti avvenuti nel corpo?

Lavoro strutturale:

- Armonizzare capo e collo con il nuovo allineamento di gambe, bacino, zona lombare e gabbia toracica

Lavoro funzionale:

- Percezione dell'orientamento del capo
- Interocezione del bilanciamento del capo

Lavoro psicobiologico:

- Esperienza della linea interna (metà e centro del corpo) nella sua espressione strutturale, funzionale e psichica

8a/9a & 10a seduta: integrazione dei cambiamenti focalizzando l'attenzione sui vari segmenti corporei e lavorando sui distretti che non hanno ancora integrato i cambiamenti avvenuti.

Lavoro strutturale:

- Ulteriore orizzontalizzazione del bacino con la creazione della connessione tra i vari segmenti corporei a formare un tutt'uno nel tessuto e tra le varie articolazioni
- Congruenza degli angoli delle articolazioni e interazione tra i vari segmenti corporei

Lavoro funzionale:

- Piegamento, estensione e rotazione della colonna vertebrale
- Movimento controlaterale nel cinto scapolare, nella colonna vertebrale e nel cinto pelvico

Lavoro psicobiologico:

- Percezione di stabilità e flessibilità contemporaneamente
- Come si percepisce il cliente nel "qui e ora"?

Nell'Integrazione Strutturale è di basilare importanza che il cliente segua i processi che vengono avviati nelle varie sedute. Solo così, con l'aiuto del terapeuta, il cliente potrà gradualmente ristabilire il contatto con il proprio corpo e il rapporto tra il suo corpo e l'ambiente. In questo processo di autoregolazione, con l'assistenza dal terapeuta, i clienti sperimentano ripetutamente il

progressivo alleggerirsi del proprio rapporto con fattori di disturbo quali i dolori, lo stress o l'ansia da prestazione.

Dopo la prima serie completa di trattamenti, che può protrarsi per alcuni mesi o anche per più di un anno, generalmente si raccomanda di fare una pausa di diversi mesi. In questo lasso di tempo il corpo continua a lavorare autonomamente e ad integrare in modo personale le informazioni ricevute. Il cliente stesso dispone ora di molti strumenti che possono aiutarlo ad ascoltare il proprio corpo e a percepire i disturbi in modo nuovo, con attenzione, coordinazione e movimento consapevole, ad interpretarli e a risolverli da sé. Sarà il cliente a decidere, in base alla propria percezione di sé, quando ci sarà bisogno di nuove sedute per supportarlo nel suo processo d'Integrazione Strutturale. Le tematiche al centro delle successive sedute non seguiranno più il sistema di base, ma verranno stabilite, seduta per seduta, in collaborazione tra cliente e terapeuta che programmeranno assieme anche il numero delle sedute e gli intervalli tra le sedute.

7. Limiti dell'applicazione del metodo/controindicazioni

- Malattie tumorali: qualora ci sia il rischio di favorire la diffusione di metastasi tramite il sistema linfatico.
- Forti infiammazioni del tessuto fasciale: la manipolazione può peggiorare le infiammazioni.
- Osteoporosi: nelle forme gravi di osteoporosi si richiede cautela.

8. Differenziazione delle competenze specifiche del metodo

Le competenze sono identiche a quelle definite nel profilo professionale dei terapisti di medicina complementare.

9. Risorse specifiche del metodo

Sapere	
Anatomia e fisiologia:	Conoscenze dell'anatomia e fisiologia dell'apparato locomotore in relazione alla visione propria dell'Integrazione Strutturale (p.es. significato e funzione delle fasce e loro ripercussioni sul corpo umano; importanza della muscolatura motoria e di stabilizzazione)
	Sistema miofasciale e membranoso
	La biomeccanica dal punto di vista dell'Integrazione Strutturale
	Fondamenti neurofisiologici della coordinazione (o.es. recettori, livelli di percezione)
Azione della forza di gravità sul corpo umano:	Leggi fisiche della gravità, massa, principi delle leve e forze di rotazione
	Diversi modelli teorici dell'azione della forza di gravità sul corpo

METID Integrazione Strutturale

	umano
Modello teorico di base delle dieci sedute d'Integrazione Strutturale:	Territori e correlazioni strutturali, funzionali e psicobiologiche all'interno della serie di base
	Tassonomia dell'Integrazione Strutturale
	Teoria della qualità del tocco dell'Integrazione Strutturale
	Principi per l'elaborazione di una strategia di lavoro (piano di lavoro di una seduta) e relativi interrogativi
Teorie del movimento:	Sistema di movimento "Normal Function" secondo il Dr. Hans Flury (i movimenti vengono attivati con il rilascio dei muscoli antagonisti)
	Sistema di movimento "Tonic Function" secondo Hubert Godard (p.es. gli orientamenti visivi, acustici o cinestetici influiscono sul movimento; le caratteristiche psicologiche, psichiche e sociali modificano lo schema di movimento)
	Diversi sistemi di movimento come yoga, pilates ecc. dal punto di vista dell'Integrazione Strutturale
	Fondamenti per l'insegnamento del movimento nella lezione individuale (metodo, didattica)
Autoriflessione e processo terapeutico:	Riconoscere e comprendere i propri schemi motori
	Riconoscere e comprendere le proprie risorse per supportare il processo d'Integrazione Strutturale dei clienti
	Riconoscere e comprendere la dinamica del rapporto tra cliente e terapeuta

METID Integrazione Strutturale

Capacità	
Tecniche anamnestiche:	Body reading: riconoscere e interpretare l'azione della forza di gravità sul corpo umano con i suoi vari segmenti, sia nella stazione eretta, da fermo, che in movimento
	Riconoscere e interpretare la differenza tra struttura e postura
	Riconoscere visivamente e interpretare gli squilibri corporei
	Riconoscere la relazione tra i vari segmenti corporei nella stazione eretta, da fermo, e nel movimento
	Saper eseguire le tecniche di palpazione
Capacità strutturali:	Eseguire con sicurezza i test strutturali e funzionali delle singole sedute e saper utilizzare le diverse qualità di tocco
	Percepire i diversi strati fasciali e valutarne la qualità (p.es. molli, densi, elastici)
	Percepire i limiti del tessuto fasciale (p.es. mancanza di mobilità, di elasticità)

	Utilizzare con sicurezza diverse qualità di tocco
Capacità funzionali:	Analisi dello schema motorio e interazione con la struttura corporea
	Riconoscere lo schema motorio nel contesto della forza di gravità e dell'orientamento e delineare esempi per strategie di movimento
	Durante il trattamento saper utilizzare e comunicare il movimento dal punto di vista dell'Integrazione Strutturale
	Utilizzare il sistema di movimento "Normal Function" secondo il Dr. Hans Flury (i movimenti vengono attivati con il rilascio dei muscoli antagonisti), saperlo spiegare al cliente ed essere in grado di eseguirlo in prima persona
	Essere in grado di utilizzare con il cliente il sistema di movimento „Tonic Function" secondo Hubert Godard (p.es. gli orientamenti visivi, acustici o cinestetici influiscono sul movimento; le caratteristiche psicologiche, psichiche e sociali modificano lo schema di movimento)

METID Integrazione Strutturale

Capacità psicobiologiche:	Stabilire una relazione tra il mondo emotivo e le esperienze corporee del cliente
	Educare la percezione di sé del cliente tramite domande aperte
Serie base di dieci sedute:	Sviluppo di una strategia di trattamento, pianificazione degli intervalli tra le sedute e delle tematiche/interrogativi dei trattamenti, pianificazione delle manipolazioni, del movimento e dei colloqui
	Discussione con il cliente sugli intervalli tra i trattamenti e sullo svolgimento delle sedute
"Body use":	Uso efficiente del proprio corpo durante il lavoro terapeutico
Processo terapeutico:	Saper usare il metodo delle domande aperte
	Offrire colloqui di feedback
	Rapporto attento con i limiti del cliente
	Supporto individuale del cliente
	Comportamento di supporto al processo d'Integrazione Strutturale
	Supporto al processo di autoguarigione
	Riconoscere e applicare la dinamica del rapporto terapeutico
	Strategie per stabilire una corretta separazione tra di sé, nella veste di terapeuta, e il paziente
	Nel dialogo con il cliente trovare l'equilibrio ottimale tra lavoro strutturale, funzionale e psicobiologico

Atteggiamenti	
I terapeuti	rispettano i valori, le opinioni e i diritti del cliente
	rispettano i limiti fisici, psicologici, psichici e sociali del cliente

	stabiliscono gli obiettivi del trattamento insieme al cliente
	eseguono i vari interventi solo previo accordo con il cliente
	coinvolgono attivamente il cliente nel processo terapeutico
	spiegano al cliente la procedura con un linguaggio a lui comprensibile
	promuovono il processo di autoguarigione, aiutando il cliente ad acquisire una migliore propriocezione
	lavorano costantemente all'integrazione del proprio sistema corporeo
	aderiscono al principio della formazione permanente

10. Collocazione del metodo

10.1 Relazione tra il metodo e la medicina tradizionale e alternativa

I terapisti collaborano sia con i medici della medicina tradizionale che con i medici della medicina alternativa. Ogni terapeuta ha un proprio network. Se sorgono interrogativi di pertinenza della medicina tradizionale/alternativa, il terapeuta è in grado di esprimersi nel linguaggio proprio di ciascuna disciplina. Ciò favorisce la collaborazione quando il trattamento del cliente viene gestito da più professionisti.

10.2 Differenze rispetto ad altri metodi e professioni

Definizione: il Rebalancing dal punto di vista dell'Integrazione Strutturale

L'Integrazione Strutturale è stata sviluppata nel 1940 da Ida Rolf, che fu influenzata da modelli fisici, anatomici e psicologici di terapie manuali e di movimento di quel periodo. Il modello base dell'Integrazione Strutturale si basa sull'effetto della gravità sul corpo umano. Oltre a lavorare sulla struttura in questa terapia si considerano anche gli aspetti funzionali e psicobiologici. I temi delle dieci sessioni riguardano le condizioni anatomiche e fisiche del cliente. Col Rebalancing si cerca di rendere il cliente consapevole del fatto che la postura da correggere è stata modellata e influenzata anche da atteggiamenti e convincimenti interiori.

Il Rebalancing è nato in un ashram dell'indiano Chandra Mohan Jain (Osho) a Pune in stretto collegamento con l'Integrazione Strutturale di Ida Rolf. Mentre nel ciclo di sessioni del Rebalancing si imposta la terapia partendo dallo stato d'animo e dalla storia della persona, nell'Integrazione Strutturale il terapeuta considera principalmente gli effetti della forza di gravità sul corpo del cliente e gli aggiustamenti del tessuto connettivo che ne risultano. A differenza del Rebalancing nel ciclo di

sessioni dell'Integrazione Strutturale viene analizzato in maniera sistematica tutto l'apparato muscolo-scheletrico (vedi 6.5) tenendo conto delle richieste del cliente.

Un'altra importante differenza tra le due forme di terapia è il tipo di contatto. Mentre nell'Integrazione Strutturale si lavora con le proprietà idrostatiche del tessuto, il tocco del terapeuta nel Rebalancing mira a riportare la persona a contatto con il suo essere interiore. Ne consegue che l'Integrazione Strutturale non applica solo, come il Rebalancing, la pressione, la tensione e il tocco sensibile per il trattamento del tessuto connettivo, ma si serve di una tecnica di massaggio che permette di influenzare tutte le borse idrostatiche e il loro contenuto (vedi 6.2). Inoltre sia nella Integrazione Strutturale sia nel Rebalancing si agisce direttamente sull'attaccatura dei tendini. A differenza del Rebalancing nell'Integrazione Strutturale i movimenti attivi e passivi del paziente vengono utilizzati in modo mirato a sostegno del lavoro terapeutico. Il lavoro sul movimento è determinante e complementare al lavoro di manipolazione dei tessuti. Ed addestrare il paziente alla consapevolezza e alla percezione dei processi dei propri movimenti serve ad allenarlo a trasferire l'integrazione strutturale alla vita di tutti i giorni.

Definizione: l'osteopatia dal punto di vista dell'Integrazione Strutturale

L'Integrazione Strutturale è incentrata sull'effetto della forza di gravità sul corpo umano e nel suo approccio terapeutico integra sempre l'intero apparato motorio e le esperienze psicologiche, psichiche e sociali dell'individuo.

Nell'Integrazione Strutturale la relazione e l'interazione tra i vari segmenti corporei come tali sono costantemente al centro dell'attenzione che tuttavia non è incentrata sulla mobilità di singole articolazioni, bensì sul flusso di movimento che avviene nel corpo, considerato nel suo insieme, alla ricerca del proprio allineamento nel campo gravitazionale.

Nell'Integrazione Strutturale il lavoro sulla struttura viene completato da importanti aspetti funzionali e psicobiologici, che si estrinsecano principalmente nell'educazione motoria e nell'educazione propriocettiva del cliente per arrivare alla comprensione dell'efficienza del movimento. Articolazioni mobili non implicano automaticamente l'efficienza del movimento.

Originariamente l'osteopatia veniva definita come una disciplina medica manuale olistica in cui la struttura ossea e la sua mobilità rivestono un ruolo decisivo per la salute. Dal nome "osteopatia" si evince che le ossa rivestono un ruolo importante nell'azione terapeutica. Dal punto di vista dell'Integrazione Strutturale invece il movimento delle ossa è determinato dalla trazione esercitata dalle fasce. La mobilità è quindi il risultato delle tensioni delle fasce e dalla concomitante azione del tono muscolare.

L'osteopatia si basa su cinque principi fondamentali:

- La vita è movimento. Nell'uomo sono presenti il movimento, la materia e lo spirito.
- La struttura governa la funzione, la funzione plasma la struttura.
- La legge dell'arteria è suprema.
- Il corpo è composto da diverse unità funzionali che s'influenzano reciprocamente.
- Il corpo è in grado di autoregolarsi. Il sistema nervoso autonomo regola, armonizza e coordina.

In base ai principi sopra definiti in osteopatia si lavora con diversi sistemi corporei, tra cui il sistema muscoloscheletrico (osteopatia parietale), il sistema craniosacrale (osteopatia craniosacrale), il sistema viscerale (osteopatia viscerale).

L'osteopatia considera inoltre tre parametri principali, ovvero la mobilità, la posizione e la motilità della struttura.

La differenza principale tra Integrazione Strutturale ed osteopatia sta nell'obiettivo del trattamento e nell'esecuzione delle tecniche di manipolazione.

Scopo dell'Integrazione Strutturale è il rapporto ottimale tra il corpo e la forza di gravità che si ottiene con le dieci sedute, il body reading, la trazione, pressione e frizione delle fasce (vd. descrizione al capitolo 6.2) e l'integrazione di movimento attivo e passivo durante e dopo le sedute. Il metodo prende quindi in considerazione la connessione globale che si concretizza tramite i grandi strati fasciali.

Scopo dell'osteopatia è un corpo mobile che si autoregola. Per raggiungere questo obiettivo l'osteopatia si avvale dell'analisi strutturale e funzionale (numerossimi test di mobilità e motilità), tecniche per la trasmissione di impulsi ritmici, recoils, tecniche funzionali e massaggi dei tessuti molli. L'osteopatia lavora sui dettagli, sulle connessioni talvolta microscopiche all'interno del corpo.

11. Strutturazione e durata della sezione dedicata al metodo nell'ambito della formazione di terapia complementare

Numero di ore per settori tematici

Contenuti	Ore di lezione di 60 min.
<p>Lavoro strutturale (tocco)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tocco/touch • Tecniche manuali • Palpazione • Distinguere i diversi tipi e strati di tessuti • Lavoro pratico sul connettivo 	129 h
<p>Lavoro funzionale (movimento)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schema di movimento nel contesto della forza di gravità e orientamento • Fondamenti neurofisiologici della coordinazione • Analisi di schemi di movimento e interazione con la struttura corporea • Dinamica del respiro • Dinamica della postura 	80 h

<p>Lavoro psicobiologico (educazione propriocettiva)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integrazione del lavoro sul corpo nelle tematiche psicologiche, psichiche e sociali del cliente • Movimento ed espressione • Conoscenza ai fini del rapporto terapeutico 	50 h
<p>Teoria e contenuto dei singoli trattamenti/sessions</p> <p>1a seduta: respirazione completa Interrogativo principale: in che modo la respirazione influisce sulla struttura di cinto scapolare e cinto pelvico?</p> <p>2a seduta: connessione con il suolo Interrogativo principale: in che modo il corpo viene sostenuto da piedi e gambe?</p> <p>3a seduta: lunghezza del corpo Interrogativo principale: come si può ottenere l'allungamento e quindi la decompressione delle curve della colonna vertebrale?</p> <p>4a seduta: apertura del pavimento pelvico Interrogativo principale: come si può fornire sostegno alla linea mediana interna tramite il lato interno delle gambe e il pavimento pelvico?</p> <p>5a seduta: allineamento interno Interrogativo principale: come si può favorire l'allineamento interno, lavorando sul lato anteriore del corpo?</p> <p>6a seduta: far respirare la schiena Interrogativo principale: come si può favorire l'allineamento interno, lavorando sul lato posteriore del corpo?</p> <p>7a seduta: liberare il capo Interrogativo principale: in che modo il capo e il collo possono accogliere e integrare i cambiamenti avvenuti nel corpo?</p> <p>8a/9a & 10a seduta: integrazione dei cambiamenti focalizzando l'attenzione sui vari segmenti corporei e lavorando sui distretti che non hanno ancora integrato i cambiamenti avvenuti</p>	140 h
<p>Apprendimento pratico delle dieci sedute su clienti sotto la guida di docenti e assistenti</p>	67 h
<p>Preparazione di un piano terapeutico</p>	50 h
<p>Analisi del corpo: body reading in stazione eretta (da fermo) e in movimento</p>	20 h
<p>Sistema miofasciale/membranoso, biomeccanica</p>	30 h
<p>Test strutturali e funzionali fondamentali</p>	20 h
<p>Controindicazioni</p>	3h

METID Integrazione Strutturale

Esposizione di specifici problemi strutturali	20 h
Totale ore di lezione	609 h
Studio personale	1200 h
Totale ore di apprendimento	1809 h

12. Allegato

Bibliografia

Periodico specializzato pubblicato in proprio

Structural Integration (ex Rolf Lines) dal 1969 pubblica 2-3 volte l'anno articoli specialistici dal mondo dell'Integrazione Strutturale

Libri (selezione)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Articoli (selezione)

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

- Chaudhry H, Huang C, Schleip R, Ji Z, Bukiet B, Findley T. *Viscoelastic behavior of human fasciae under extension in manual therapy*. Journal of Bodywork and Movement Therapies, 11(2):159-167, Apr 2007.
- Chaudhry HR, Schleip R, Ji Z, Bukiet B, Maney M, Findley TW. *Three-dimensional mathematical model for deformation of human fasciae in manual therapy*. Journal of American Osteopathic Association, 2008. 108(8):379-390.
- Cottingham J, Porges SW, Lyon T. *Effects of soft tissue mobilization (Rolfing pelvic lift) on parasympathetic tone in two age groups*. Physical Therapy, 68:352-356, 1988.
- Cottingham J. *Shifts in pelvic inclination angle and parasympathetic tone produced by Rolfing soft tissue manipulation*. Physical Therapy, 68:1364-1370, 1988.
- Cottingham JT. *Effects of soft tissue mobilization on pelvic inclination angle, lumbar lordosis, and parasympathetic tone: Implications for treatment of disabilities associated with lumbar degenerative joint disease*. - Public testimony presentation to the National Center of Medical Rehabilitation Research of the National Institute of Health, Bethesda, MD; March 19, 1992. Rolf Lines 20(2):42-45, 1992.
- Deutsch JE, Derr L, Judd P, DeMasi I, Reuven B. *Outcomes of Structural Integration applied to patients with different diagnosis: A retrospective review*. Proceedings of the XIV International World Congress of Physical Therapy, Barcelona, 2003.
- Deutsch JE, Judd P, DeMassi I. *Structural Integration applied to patients with a primary neurologic diagnosis: two case studies*. Neurology Report 21(5):161-162, 1997.
- Dölken M. *Was muss ein Manualtherapeut über die Physiologie des Bindegewebes und die Entwicklung einer Bewegungseinschränkung wissen?* Manuelle Medizin 2002; 40:169-176.
- Findley TW et al. *Improvement in balance with Structural Integration (Rolfing): A controlled case series in persons with myofascial pain*. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 85(9):e34, 2004.
- Heymann Wv, Böhni U, Locher H. *Grundlagenforschung trifft Manualmedizin*. Manuelle Medizin 2005; 43:385-39.
- Huijing PA. *Muscular force transmission necessitates a multilevel integrative approach to the analysis of function of skeletal muscle*. Exerc Sport Sci Rev 2003; 31:167-175.
- Hunt V, Massey W. *Electromyographic evaluation of Structural Integration techniques*. Psychoenergetic Systems 2:199-210, 1977.
- Hunt VV, Massey W, Weinberg R, Bruyere R, Hahn PM. *A study of Structural Integration from neuromuscular, energy field & emotional approaches*. Research Report submitted to Rolf Institute, UCLA Dept. of Kinesiology, 1977.
- James H et al. *Rolfing structural integration treatment of cervical spine dysfunction*. Journal of Bodywork and Movement Therapies. Article in press, accepted 1 July 2008.
- Perry J, Jones MH, Thomas L. *Functional evaluation of Rolfing in cerebral palsy*. Developmental Medicine and Child Neurology 23(6):717-729, 1981.

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