

POLYLOGE

Materialien aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“ (peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen,
Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Dr. phil. **Sylvie Petitjean**, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Polyloge ISSN 2511-2732

Ausgabe 09/2017

La therapie integrative du corps et du mouvement (Somatothérapies analytiques d'inspiration ferenczienne)

*Hilarion Petzold et Ilse Orth (1992/2017)**

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper. Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>).
Erschienen in: Meyer, R./Liénard, G. 1992: LES SOMATOTHÉRAPIES. Paris: SIMEP.

Zusammenfassung: Integrative Leib- und Bewegungstherapie (1992/2017)

Der Text gibt eine kompakte Darstellung in französischer Sprache der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie IBT, eine Methode der Integrativen Therapie, ihrer Theorie, Praxeologie und Praxis.

Ausgangspunkt sind die Konzept des „informierten Leibes“ und der Zwischenleiblichkeit, deren Ursprünge bei *Merleau-Ponty*, *Ferenczi* und *Iljine* liegen und auf deren Grundlage Petzold unter Mitarbeit von *Ilse Orth*, *Johanna Sieper* und *Hildegund Heintl* die Integrative Therapie entwickelt hat mit neuen Konzepten wie der „Anthropologie des schöpferischen Menschen“ und die Praxis der „intermediale Arbeit“.

Schlüsselwörter: Integrative Leib und Bewegungstherapie, Integrative Therapie, Leiblichkeit/Zwischenleiblichkeit, Ferenczi, Anthropologie des schöpferischen Menschen

Summary: Integrative Body- and Movement Therapy (1992/2017)

This text is giving a condensed presentation of Integrative Body and Movement Therapy (IBT) its theory, praxeology, and practice. IBT is a method of Integrative Therapy. Starting points are the concepts of the “informed body” and of intercorporeality. Their origins go back to *Merleau-Ponty*, *Ferenczi*, and *Iljine*. On this ground Petzold with the cooperation of *Ilse Orth*, *Johanna Sieper* and *Hildegund Heintl* has developed Integrative Therapy with new concepts as the “anthropology of the creative man/woman” and the practice of “intermedial work”.

Keywords: Integrative Body and Movement Therapy, Integrative Therapy, corporeality/intercorporeality, Ferenczi, Anthropology of the creative man/woman

Introduction - Body and movement therapy

Le domaine de la « Body and Movement Therapy », de la thérapie du corps et du mouvement, à orientation psychothérapeutique se caractérise par un nombre grandissant de méthodes, d'écoles, d'approches. En conséquence, le néophyte est submergé par l'apparition de nouvelles méthodes. Quoiqu'il en soit, un examen approfondi révèle des différences parmi les approches de base que nous devons mentionner ici.

Approches reichiennes et néo-reichiennes. Citons la végétothérapie de Raknes, la bioénergie de Lowen et la biodynamique de Boyesen qui, en termes de métathéorie, se réfèrent au paradigme freudien de la psychothérapie (par l'incorporation de concepts comme l'énergie, la résistance, le refoulement et l'inconscient), bien que les techniques de traitement soient sensiblement différentes (cf. Petzold 1977n).

Approches humanistes et existentielles d'après les concepts de Moreno (1946), créateur du terme « Thérapie avec le corps » en 1937, Perls et Rogers. On peut mentionner le « focusing » à orientation corporelle d'Eugène Gendlin et la méthode Gestalt, telle qu'elle a été créée par Barry Stevens ou James Kepner, de même que la « thérapie psychomotrice » d'Albert Pesso (cf. Petzold 1985g).

Approches orientales tirées de la sagesse des médecines chinoise, indienne, japonaise, tibétaine ou thaï et leurs modifications occidentales : Do In, Hakomi, Reiki, Kum Ny, Yoga, Shiatsu, Aikido, Kolo Slave etc.

Thérapies du mouvement et de la respiration qui trouvent leur origine dans les exercices fonctionnels, la gymnastique et la physiothérapie. Leurs noms sont associés à ceux de quelques pionniers comme Elsa Gindler, qui a traité Wilhelm Reich (selon la sœur même de Reich : Eva) et l'a poussé à compléter la psychothérapie par le contact direct du corps. En tant que professeur de Charlotte Silber, dite Charlott Selver, de Gertrud Heller, Lily Ehrenfried et d'autres, elle est le personnage peu connu mais influent qui se cache derrière l'« Eveil Sensuel » (sensory awarene) de Ch. Selver,

Ch. Brooks et B. Gunther ; autant que derrière la « Thérapie de la concentration et du mouvement » (Konzentrierte Bewegungstherapie) de H. Stolze et d'autres.

De plus, Laura (Lore) Perls, Fritz Perls, Ruth Cohn et Hilarion Petzold (L. Ehrenfried) ont été confrontés aux travaux de l'école de Gindler, ce qui a eu un impact sur leur approche thérapeutique (cf. Stolze 1988 ; Kirchmann 1979).

L'« Eutonie » de Gerda Alexander doit être ici mentionnée, de même que les techniques respiratoires d'Ilse Middendorf (1984) et de Volkmar Glaser (1957, 1981), têtes de file dans le domaine des thérapies respiratoires (Derbolowsky 1978). On peut distinguer un arrière plan plus physiothérapeutique dans la méthode d'Ida Rolf, l'« Intégration Structurale », et ses dérivés (Painter 1986).

L'influence de la danse et du théâtre a fourni un arrière-plan à la « Thérapie par la Danse » (communément appelée : Danse Thérapie), la « Thérapie par le Mouvement Expressif », la « Thérapie par la Danse et le Mouvement », etc. que l'on associe aux noms de Elisabeth Duncan, Mary Wigmann, Rudolf Laban et de l'acteur sud-africain F.M. Alexander. Moshe Feldenkrais a eu des contacts très étroits avec ce dernier avant d'élaborer sa méthode. La « Méthode Alexander » ou les formes modernes de « thérapie par la danse clinique », telles que Marian Chace, Trudi Shoop, Lilian Espenak et d'autres ont commencé à les pratiquer, constituent une grande part de notre domaine professionnel (cf. Willke, Hölter, Petzold 1990).

Il ne faut pas oublier les approches « éclectiques » et les quelques approches intégratives. « Eclectiques » implique l'idée d'une combinaison pragmatique d'une sélection plus ou moins arbitraire, « heuristique » dans le meilleur des cas, de méthodes et de techniques qui trouvent leur origine dans plusieurs des approches mentionnées plus haut, combinées à des formes de psychothérapie variées et une grande diversité de concepts théoriques. Par exemple, la thérapie de Lomi s'inspire de la Gestalt ainsi que des techniques reichiennes et orientales pour les amalgamer en une pratique efficace (Leeds 1977).

L'éclectisme est surpassé par les **approches intégratives** qui tentent de placer des stratégies pratiques, différentes, sous l'égide d'une méthodologie unificatrice et de les enfermer dans une armature théorique et rationnelle qui permette une sélection en vue de l'application pratique. La « Thérapie Existentielle avec le Corps » de Dublin, l'approche holistique de Mindell et l'IBT de Petzold sont des tentatives en ce sens.

Nous sommes à présent dans la situation où il est nécessaire pour ces écoles déjà existantes d'étayer leurs schémas et d'approfondir leur élaboration clinique, caractérisée par une conceptualisation théorique plus « sophistiquée » et plus consistante, de même que par une tentative d'évaluation au moyen d'une recherche empirique (enquête rigoureuse mais compréhensive et complément d'études). D'un autre côté, des études théoriques et empiriques devraient se focaliser sur les concepts intégratifs dans la mesure où la diversification s'intensifie dans le domaine des thérapies par le corps, pour réduire la prolifération de méthodes qui ne sont rien d'autre que des variations techniques, de nouveaux produits à vendre sur le marché florissant des besoins et des souffrances humaines.

Une explosion des thérapies « avec le corps » serait aussi désastreuse pour notre profession que le « psycho-boom » (Bach, Molter 1976) l'a été pour la psychothérapie : les praticiens doivent être sensibles à ces problèmes créés par le marché.

Thérapie Intégrative du Corps et du Mouvement (IBT)

Thérapie Intégrative du Corps et du Mouvement (IBT), concepts et idées essentiels de l'IBT* tels qu'Hilarion Petzold les a exposés en France depuis le milieu des années soixante (cf. Zundel 1987), ainsi que ses collaborateurs (Hildegund Heintz, Ilse Orth et d'autres) à l'Institut Fritz Perls de Düsseldorf et à l'Académie Européenne de Santé Psycho-sociale, Hückeswagen, Allemagne, depuis le début des années soixante-dix, (cf. Petzold, Sieper 1988a) principalement en milieu clinique, dans des services de psychiatrie, psychosomatique et gériatrique (Petzold 1974j, 1977n, 1985g, 1988n, Heintz 1985 ; Heintz, Spiegel-Rösing).

Il nous faut tout d'abord définir d'une manière générale la psychothérapie avec le corps et sa pratique telle qu'elle est comprise dans l'IBT.

La psychothérapie avec le corps est fondée sur l'hypothèse anthropologique que le corps en tant que tout est la personne. Sa pratique est donc l'influence, préméditée et référencée à une théorie, sur les attitudes, les comportements et les contextes sociaux, c'est à dire sur les manières d'être physique, émotionnelle, cognitive et sociale du corps-sujet au moyen d'interventions verbales et non verbales à l'intérieur d'une relation thérapeutique visant à soigner un trouble, soulager une douleur, résoudre des problèmes, favorisant ainsi la santé et encourageant le développement et la créativité personnels et interpersonnels. L'accroissement de « conscience complexe », des capacités de perception, de mémoire et d'expression du corps, quand elles sont inhibées ou perdues, particulièrement la mobilisation de la tension musculaire, les dysfonctionnements respiratoires, les structures de mouvement et de communication, qui sont le résultat d'expériences biographiques pathogènes, représentent quelques-uns des objectifs principaux du traitement.

Ceux-ci sont atteints par l'élaboration des constellations transfert/contre-transfert et des mécanismes de résistance et de défense, sur la base d'une théorie solide de la santé et de la maladie, ainsi que par une praxéologie élaborée, c'est à dire un ensemble de techniques, de méthodes et de moyens orientés vers le corps, psychologiques et socio-communicatifs, neuropsychologique ce qui met le « thérapeute avec le corps » en mesure de considérer le corps physique, phénoménal et social — le sujet incarné dans sa totalité.

Nous allons développer dans les paragraphes qui vont suivre le concept que nous venons de définir.

Sources

Les sources d'une approche thérapeutique sont importantes pour permettre la compréhension de son orientation.

Notre formation de base fut celle de psychanalystes : Orth en analyse jungienne avec Maria Hippus, comtesse de Dürckheim, et Petzold avec l'élève de Ferenczi, Vladimir N. Iljine, dans la tradition de l'école hongroise. Sandor Ferenczi (1964) a élaboré au cours de sa période « tardive » la « technique active » (idem 1927/28), les principes d'une néo-catharsis et de la relaxation (idem 1929) et son approche géniale de « l'analyse d'enfants avec des adultes » (idem 1931), dans laquelle il utilisait le contact direct du corps comme moyen d'intervention pour créer un « nouveau climat de socialisation, d'amour maternel et de tendresse ». Avec son ami Georg Groddeck, Ferenczi fut un pionnier du travail avec le corps avant même son étroite association avec Wilhelm Reich. Quoiqu'il en soit, la conceptualisation de Ferenczi différa sensiblement des intentions de Reich, qui mettait l'accent sur la « percée de l'armure caractérielle » pour lever les « blocages » dans le corps humain, permettant ainsi à l'« énergie » de circuler librement.

Ferenczi utilisait l'interaction des corps en tant que reproduction d'un climat de socialisation précoce au moyen de la régression (Balint 1988) dans le but d'accomplir une « expérience émotionnelle correctrice », comme l'appelait son élève Franz Alexander (Alexander, French 1959 ; Schuch 1990). Ferenczi touchait ses patients parce qu'il était touché par leur souffrance, leur misère, leur histoire individuelle marquée par les mauvais traitements ou le manque d'amour et de réconfort (Petzold 1970c ; Eisler 1991). Il voulait leur offrir la nourriture qui leur avait manqué, un peu de la confiance dont ils n'avaient pas fait l'expérience et leur procurer les soins, la chaleur et la sécurité que les parents donnent tout naturellement et intuitivement à leurs enfants au cours du processus de « soins sensibles » (Vyt 1989). Cette approche donna naissance au concept d'« adoption émotionnelle » ou « parentage » (idem 1972, 272), qui est de nos jours corroboré d'une manière convaincante par les recherches empiriques menées sur le bébé et le jeune enfant (cf. le concept de « parentage intuitif » de Papousek, Papousek 1981, 1989). Le petit-fils analytique de Ferenczi, Donald D. Winnicott (analysé par Mélanie Klein) exprima ainsi le fameux postulat : un thérapeute doit être une « mère suffisamment bonne » pour son patient (Winnicott 1972).

Ces concepts n'étaient pas orientés vers la « manipulation du flot énergétique » à la façon reichienne (Russelman, 1988) mais mettaient plutôt l'accent sur des « atmosphères » et des « micro-climats émotionnels », typiques des interactions parents/enfants, qui devaient retentir fortement sur les expériences de thérapie infantile et les découvertes faites à partir des recherches menées par des thérapeutes d'enfants et des chercheurs de la prime enfance dans la tradition de l'école hongroise tels que Mélanie Klein, Alice Balint, René Spitz, Margarethe Schönberger (en fait Margret Mahler) et Donald Winnicott. Ces expériences, complétées par les recherches psychobiologiques (Osofsky 1987) et longitudinales (Rütter 1989 ; Oerter, Montada 1985), ont eu une très grande influence sur l'IBT. L'orientation nodale de l'IBT est une vision complexe de la psychologie de la socialisation et du développement, dans la perspective « de la durée de la vie humaine » (Baltes 1979 ; Petzold 1988h, 1991a) et

orientée vers le domaine d'interaction entre la mère, l'enfant, le père et les autres donneurs de soins en tant que « sujets-corps ».

Une importante influence supplémentaire sur les concepts théoriques de notre approche vint de l'école française de phénoménologie et d'herméneutique (par exemple Merleau-Ponty, Paul Ricœur et Gabriel Marcel). Petzold a étudié avec Ricœur et fit une thèse de doctorat lorsqu'il était l'étudiant de Marcel qui a introduit en 1935 la distinction entre le « corps objet » que vous avez et le « corps phénoménal » que vous êtes (Marcel 1935), ce qui est devenu un dogme pour beaucoup de thérapeutes utilisant l'IBT.

Merleau-Ponty (1945, 1964) introduisit le concept de « sujet incarné », le « sujet-corps », l'incarnation (embodiment) et de l'« intercorporalité » — en allemand : *Zwischenleiblichkeit*, et intercorporality en anglais.

Paul Ricœur (1971, 1983) s'est occupé de la signification des actions du "sujet incarné" et de l'être-dans-le-monde temporel, ce qui a ouvert les portes de la compréhension et l'interprétation des interactions physiques entre les êtres humains placés dans un « champ commun d'expérience », le « *Lebenswelt* » « monde du vivre »).

La philosophie du corps « phénoménologique » de Hermann Schmitz (1965, 1990) devient également importante pour l'IBT, en particulier les concepts qui soulignent que le corps n'est pas seulement une réalité physique, matérielle et énergétique (*Körper*), mais encore une corporalité perçue dans un contexte donné ou continuum : « *der Leib* », la constitution d'« îles-corps » auto-perçues (Schmitz 1989), de « zones d'éveil » correspondant au « domaine » et constituant le « *Leibsubjekt-in-Lebenswelt* » (NdT : litt. « sujet-incarné dans le monde du vivre ») expérimenté/expérimentant (Petzold 1970c, 28), le « domaine du monde-vie-corps vécu » (Tiemersma 1989, 347).

Une telle position, fondée sur la phénoménologie et l'herméneutique, et renforcée par les découvertes de la psychologie perceptive et développementale (Arnheim 1978 ; Gibson 1979) autant que par les concepts théoriques (Lewin, Sheldrake, Tiemersma), nous aide à éviter le recours hautement problématique au concept d'énergie, si courant parmi les thérapeutes avec le corps, qui s'avère être (à la suite d'un examen approfondi) un mysticisme pré-scientifique de l'énergie ou un pseudo-physicalisme (cf. la discussion critique du concept de « bioénergie » par Russelman 1988), par contre nous utilisons la neuropsychologie de l'école Russe de Vygotskij, Lurija, Bernsteijn pour l'idée d'un "corps informée" par l'environnement .

Pour illustrer quelques-uns des concepts exposés jusqu'ici, considérons un petit exercice tiré d'un cours :

« Fermez les yeux, s'il vous plaît, et essayez de percevoir votre corps depuis le bout de vos orteils jusqu' au sommet de votre tête. Essayez de ne pas visualiser des parties de votre corps, essayez simplement de les percevoir, de les sentir. » (Après quelques instants) ... Dites-moi maintenant ce que vous avez observé.

« La plupart des participants ont pressenti des zones de contact : la chaise, la table sur laquelle ils s'appuyaient, d'autres ont pris conscience d'une zone de tension, d'autres ont perçu une « atmosphère corporelle » ou un « sentiment de totalité », de chaleur, de lourdeur, de fraîcheur ou de fatigue. Le corps aperceptif ne peut être perçu qu'à des zones de contact, dans les îles-corps ou dans les atmosphères-corps ... « Pouvez-vous sentir votre tibia ? »

La majorité ne le pouvait pas.

« Imaginez maintenant que vous vous êtes cogné la jambe contre quelque chose ! Que se passe-t-il maintenant ? » Les participants sursautent et sont stupéfaits. Quelques-uns touchent ou frottent leur tibia parce que la plupart d'entre eux ont eu une sensation de douleur ou celle d'une douleur qui s'efface. La douleur a été « rappelée » de la mémoire du corps comme apparemment d'un « champ d'expérience commun ». La douleur est présente, bien qu'en réalité il n'y ait eu aucun choc et cela a cependant causé des réactions physiques (par exemple des mouvements, des sensations, des expressions).

Ce petit exercice est une démonstration pratique de « monisme émergent » (Bunge 1987 ; cf. Stoerig 1985) où les phénomènes de qualité différente qui émergent ont été évoqués par la relation des corps avec l'environnement. Donc ce concept d'émergence doit être complété par une vision relationnelle (Tamboer 1991) ou interactionnelle et par l'idée qu'il semble exister un « champ commun d'expérience » qui génère des formes d'expression (cf. Sheldrake 1981, 1988 ; Petzold 1990b). La conclusion est que la réalité qui émerge devient et participe à une réalité pour elle-même, c'est-à-dire une réalité transmatérielle qui interfère avec d'autres réalités transmatérielles (par exemple des pensées, des systèmes d'information) et avec le monde matériel (cf. Popper, Eccles 1977, Delgado 1979). Notre position, que l'on peut considérer comme interactionniste « d'un monisme différentiel émergent » (Petzold 1988n, 287) nous procure une appréciation du « phénomène corps-en-relation » et des « îles-corps »-phénomènes différentiels qui sont bien qu'« émergeant » de « matière corporelle en interaction » une réalité non pas matérielle mais plutôt transmatérielle. Nous pouvons ici faire référence au phénomène du « membre fantôme ». Si un adulte perd un bras dans un accident, il peut toujours en ressentir l'existence. Le membre est encore là ! (Fredericks 1969). Le corps objet (Körper) est mutilé mais le corps aperceptif (Leib) est complet. D'un autre côté, il y a, par exemple, des patients dépressifs qui ne peuvent utiliser leurs mains pour approcher le monde avec agressivité.

Leurs mains sont froides, humides, sans vie. Le corps matériel (Körper) est entier mais le corps aperceptif (Leib) est déficient, conséquence de processus de désincarnation (punition, humiliation, etc.). Les neurologues sont d'accord pour considérer que les bébés ayant subi une amputation à la suite d'un accident ou d'un sarcome ne semblent montrer aucun signe de « membre fantôme », ou tout au moins aucun phénomène clairement identifiable comme tel. Le « corps fantôme » n'est pas encore développé et, même plus tard dans l'enfance, ces phénomènes ne persistent pas très longtemps. Plus l'enfant grandit, plus ces phénomènes perdurent (Fredericks 1969 ; Hécaen, de Ajuriaguerra 1952, et, de toute façon, cf. Poeck 1964 ; Weinstein, Sersen 1961 ; il semble souhaitable d'approfondir les recherches).

Ce matériel indique que le corps aperceptif est principalement le résultat d'expériences proprio- et extéroceptives, conséquences des interactions avec le « champ » (qui inclut le corps objet) et qu'elles sont incarnées, « engrammées » dans la mémoire du corps qui éventuellement participe et contribue à la « mémoire du champ » (cf. Sheldrake 1981, 1988). Ces concepts ont une particulière importance pour les thérapies avec le corps. Prenons un exemple d'observation clinique et de traitement de l'anorexie des jeunes filles. Nous avons trouvé qu'elles disaient souvent qu'elles se sentaient « grosses », malgré leur maigreur dramatique. En examinant des photos ou interrogeant leurs parents ou amis au sujet de leur apparence physique avant la manifestation de

leur anorexie, nous avons fréquemment découvert qu'en réalité elles avaient l'air bien nourries sinon grassouillettes. Bien qu'elles soient à présent minces à l'excès, elles continuent à percevoir leur corps tout en rondeurs : forme fantôme ! (cf. Bruch 1973).

Tout ceci nous apprend que le corps perçu n'est pas limité à la perception d'une réalité matérielle présente mais qu'il inclut des phénomènes qui proviennent du « champ » transmatériel et sont stockés dans la mémoire du corps. Ils constituent, lorsqu'ils sont activés, des fausses sensations, des phénomènes cinesthésiques (Huber 1957), des hallucinations corporelles, pour ainsi dire, qui sont de nature relativement persistante (Hécaen, de Ajuriaguerra 1952). Nous pouvons diagnostiquer ces phénomènes et leur arrière-plan dans une certaine mesure par des méthodes projectives et des techniques que nous avons spécifiquement mises au point : la « sculpture du corps » (Petzold 1969c ; Petzold, Kirchmann 1990) et les « diagrammes du corps » (Petzold, Orth 1991) — figurines d'argile à l'image du corps, dessins du schéma corporel — ce qui peut mettre à découvert des déficits d'incarnation, des mauvaises incarnations ou des chutes d'incarnation (Orth, Petzold 1991).

Les concepts philosophiques de la phénoménologie du corps et de l'herméneutique du corps que nous avons résumés ici ont eu une importance capitale dans la structure conceptuelle de l'IBT, sa position anthropologique et son orientation clinique, rendant possible l'intégration des diverses sources mentionnées, particulièrement la psychanalyse active de Ferenczi — de même que d'autres courants comme le « théâtre thérapeutique » d'Iljine, le psychodrame de Moreno et leur principe de dramatisation, la Gestalt de Fritz Perls et sa méthode d'intervention focale, la « technique du siège brûlant », et les exercices de sensibilisation de l'élève de Gindler, Lily Ehrenfried — thérapeutes avec lesquels Petzold a travaillé et qui ont influé l'approche IBT en outre les concepts de la neuropsychologie de Alexandre Lurija, Nicolaj Bernsteijn et Pjotr Anokhine.

La dernière source qu'il nous faut mentionner est Olna Raknes et sa technique douce de végétothérapie, que Petzold a pu expérimenter en dirigeant les premiers ateliers IBT en Norvège au début des années 70.

Concepts de l'IBT

Les concepts de l'IBT sont complexes et ne peuvent donc être présentés ici que d'une manière abrégée et sélective (cf. Petzold 1988n).

L'ARBRE DE SCIENCE

Commençons par un tableau qui donne l'ossature structurelle que toute forme élaborée de thérapie doit pouvoir remplir. Le diagramme de « l'arbre de la science » (idem 199 1a) est divisé en trois zones principales.

1. La métathéorie, c'est-à-dire une théorie générale et en quelque sorte « à grande échelle », comme l'épistémologie, la théorie de la science, l'anthropologie, la cosmologie, la théorie de la société et la morale, l'ontologie.

2. Des théories explicatives de la réalité qui offrent une « échelle moyenne » d'explications des « faits de vie » : par exemple la théorie générale de la thérapie, la théorie de la personnalité, la théorie du développement, la théorie de la santé (salutogénèse) et de la maladie (psychopathologie, pathogénèse) et la théorie spécifique de la thérapie.
3. Une praxéologie : c'est à dire une théorie des applications pratiques, incluant une théorie des interventions, méthodes, techniques, moyens, etc.

Nous allons essayer de présenter une description concise des deux parties principales de cette structure théorique « sophistiquée » : l'épistémologie et l'anthropologie.

Dans la mesure où nous ne pourrions remplir qu'une petite partie de cette structure exhaustive ici, nous devons renvoyer le lecteur, pour plus ample information, à l'importante somme d'ouvrages consacrés à l'IBT (Petzold 1974j, 1988n, 1990h, 1991a ; Kirchmann 1979, Schmitz 1989).

Commençons par un tour d'horizon de quelques hypothèses fondamentales.

EPISTÉMOLOGIE. LA THÉORIE DE LA NAISSANCE DE L'« ÉPISTÉMÉ » (CONNAISSANCE, COMPRÉHENSION, EN GREC)

Nous affirmons ici « l'a priori corporel de la connaissance » (Apel 1985). Le corps est la source ultime de connaissance. Sans lui, pas de cognition, d'insight, de re-cognition, d'introspection, de conscience, ainsi que plusieurs philosophes (par exemple Maurice Merleau-Ponty, Hermann Schmitz et Karl-Otto Apel) l'ont démontré d'une manière convaincante.

C'est ainsi que nous allons commencer et finir avec le corps dans la mesure où la connaissance est concernée ; et toute thérapie est concernée par la connaissance car c'est le but de l'être humain de se comprendre et de comprendre le monde : « Homme, connais-toi toi-même ! » peut-on lire sur le porche du temple d'Apollon à Delphes. Apollon, le dieu des thérapeutes, des arts et des sciences, ou bien, ainsi que nous pouvons le lire chez Héraclite : « Il est naturel à un homme de se connaître lui-même » (Petzold, Sieper 1988b).

Nous devons introduire ici un second a priori, celui de la conscience, car c'est le corps conscient (de lui-même) qui génère l'« épistémé » et lui confère ses formes symboliques (par exemple le langage verbal et non-verbal). Ces formes symboliques, en tant que pré-requis de la connaissance humaine, sont créées par l'organisation sociale de l'homme et nous arrivons ainsi au troisième a-priori social de la connaissance (Petzold 1988n, 176). Les personnes, les objets, les situations qui ont été perçus par l'appareil sensoriel du corps et rendus conscients sont « apportés » dans le discours social, dans la co-responsabilité inter-subjective générant un consensus qui prend la forme de concepts essentiels à toute forme de coopération (idem 1978c). L'herméneutique exposée n'est pas centrée sur le langage. Elle commence (ainsi que Schleiermacher l'a montré) avec les activités du corps : de la perception à la saisie (intellectuelle), à la compréhension, à l'explication, et de nouveau à la perception, etc., c'est une progression en spirale de l'effort commun des sujets pour approcher et comprendre le monde.

TABLEAU VI. — L'ARBRE DE LA SCIENCE. (D'après PETZOLD, 1991a).

I. MÉTATHÉORIE

- Epistémologie
 - structuraliste et phénoménologique, herméneutique
- Théorie de la science
 - évolutive-pluraliste, métaherméneutique
- Cosmologie
 - évolutionnaire, Héraclitéenne, écosophique
- Anthropologie
 - existentielle, intersubjective, créative
- Théorie de société
 - synarchique, critique-pragmatique
- Ethique
 - discursive, situationnelle/historique
- Ontologie
 - coexistentielle, chronosophique

II. RÉALITÉ — THÉORIES EXPLICATIVES

- Théorie générale de la Thérapie
 - intersubjective, herméneutique des profondeurs
- Théorie de la personnalité
 - développementielle-relationnelle
- Théorie développementielle
 - synoptique, interactionnelle, écologique, à visée sur la vie entière
- Théorie de la santé et de la maladie
 - orientée vers le contexte, multifactorielle
- Théorie spéciale de la thérapie
 - multiperspective, systématique-heuristique

III. PRAXEOLOGIE

- Théorie du procès
 - différentiel, variable
- Théorie de l'intervention
 - multimodale, multilatérale
- Théorie des méthodes
 - élastique, pluriforme, intégrative
- Théorie des institutions, domaines de pratique, groupes d'objectifs
 - systématique, différentielle

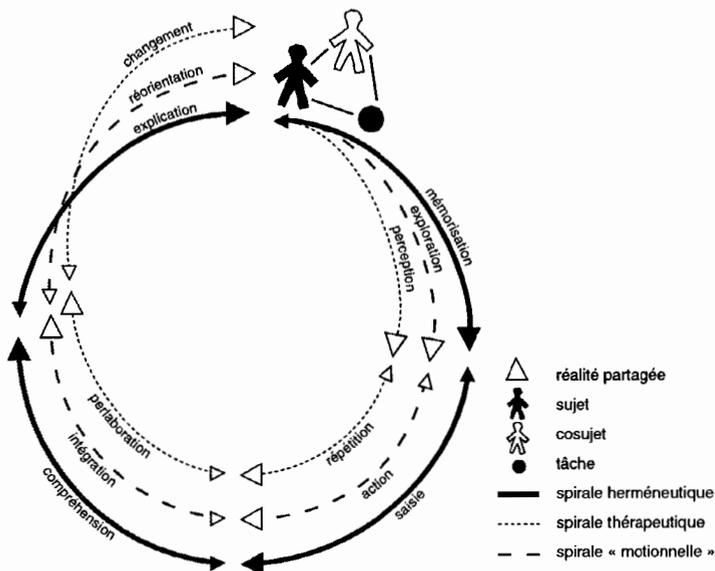


FIG. 1 — Spirale de l'herméneutique, de la thérapie et de l'émotion*.

(D'après PETZOLD, 1991a).

Schéma de développement « en tétraèdre » (PETZOLD 1974k, 1988n, 80 et suivantes)

ANTHROPOLOGIE. THÉORIE DE LA NATURE DES ETRES HUMAINS

Nous allons donner ici quelques hypothèses fondamentales (cf. Petzold 1980g, 1988n, 31-37, 1991a).

L'être humain, c'est le corps total. On ne peut séparer le sujet du corps total. En pratique, je ne peux dire que : j'ai mon corps, parce que le sujet qui parle est le corps. Donc, dans le corps humain, sujet et objet coïncident. L'Ego peut diverger quelque peu (Plessner 1928) du corps, mais il est centré sur son fonctionnement organique, et si celui-ci s'arrête, il n'y a plus d'Ego ni de divergence. Le corps ne peut donc pas être une propriété totalement contrôlée par l'Ego, ce qui est attesté dans la douleur, la nausée ou le vieillissement : tous processus corporels qui sont bien au-delà de notre influence.

- Le corps est source de conscience, ce qui requiert un certain niveau d'éveil de la vigilance du cerveau humain et du système nerveux.
- Le corps humain est fondamentalement « intercorporalité », partie du « Lebenswelt », de la « chair du monde » comme l'appelle Merleau-Ponty (1964), à cause de son héritage génétique et de son intentionnalité qui s'est développée au cours de son évolution. Intentionnalité signifie que le corps est tourné vers le monde — corps en relation (Tamboer 1991) : les yeux sont faits pour voir, les oreilles pour entendre, les mains pour saisir, faits

* NdT : ou « la motion de » (c'est un néologisme).

qui mènent la plupart des philosophes existentialistes et phénoménologues à supposer une « intentionnalité de base » du corps (Maurice Merleau-Ponty 1949), ou la « nature coexistante » du corps (Gabriel Marcel 1985), ou l'« interconnexionnalité » primordiale du corps (Petzold 1970c), « en route vers le monde » (Buytendijk 1956).

- En conséquence, le corps est toujours un « corps social », un « grand être », comme Auguste Comte appelait le « corps de l'espèce humaine », dont les corps individuels sont partie intégrante. La dimension sociale du corps est prouvée par ses qualités d'interaction, sa commotilité (NdT : néologisme en anglais : commotility) dans les situations ludiques, sa participation au langage verbal ou non-verbal, sa capacité à incorporer des attitudes et des comportements sociaux par mimétisme (associés à l'action), et par sa capacité à faire siens des rôles qui deviennent « la chair et le sang » : sa capacité à l'incarnation. « Die Rolle ist mir auf dem Leib geschrieben, mir in Fleisch und Blut übergegangen », « le rôle s'est inscrit dans mon corps, je l'ai dans la peau », « ce rôle est devenu une partie de moi-même » (Se souvenir que l'expression latine pour rôle était « partie » : je joue le rôle = I am playing the part. NdT : subtilité intraduisible).
- Le corps est histoire, corps-histoire, chronique, parce que toutes les expériences sont stockées dans ses archives : dans le néopallium, le système limbique, la formation réticulaire, et probablement dans la moëlle épinière et les centres nerveux périphériques, ainsi que le suggèrent de récentes découvertes sur « l'autonomie des centres nerveux inférieurs » (Meijer 1988). Le corps est une histoire. Mon corps est mon histoire, où sont inscrites les joies et les souffrances, gravées, incorporées, visibles dans chaque ride, dans chaque posture, dans chaque mouvement. C'est pourquoi le corps en tant qu'histoire, le corps mémoire, le corps-temps, qui détermine mes rythmes physiques et vitaux et la longueur de ma vie (le corps est le début et la fin de ma vie), représente un concept central de notre approche et le point de départ de notre intervention.

Nous avons tenté de développer brièvement ci-dessous un concept multidimensionnel et intégratif (Petzold 1988n) :

1. le corps-objet, « Objektkörper » — matière organique et physique, réalité matérielle, corps dans le temps et l'espace avec ses dimensions et son poids ;
2. le corps-sujet, « Leib-Subjekt », en tant que somme des perceptions, des sentiments, des connaissances, des souvenirs réalité transmatérielle.
3. le corps-temps, « Zeitleib », qui (au cours de ma vie) est mon histoire faite corps, une chronique des expériences de ma vie, agressives ou auto-protectrices (Rutter, Robins 1990 ; Petzold, Hentschel 1991) ;
4. le corps-social, « Sozialleib », qui représente une dimension supplémentaire : mon corps est une réalité sociale, partie lui-même de la réalité sociale, comme on peut le voir dans le processus de l'identification (théâtrale), que celle-ci soit spontanée ou dirigée, et par le langage général du corps transculturel, ainsi que l'ont démontré les découvertes d'Ekman (1987), ou le langage spécifique du corps culturel, dont Lorenz, Leyhausen (1968), Argyle (1979) et d'autres montrent une multitude d'exemples ;
5. corps métaphorique, « Sprachleib », imprégné de langage et de métaphores, dans la mesure où lorsqu'un enfant est capable de nommer les différentes parties du corps — nez, yeux, oreilles, pouce, pieds, bras — la qualité même du corps change. Il devient très spécifiquement un « corps humain ». Aucun chat ne peut nommer ses griffes, ni aucun cheval penser :

« Je suis heureux ou triste ». L'angoisse qui vous prend aux tripes, la douleur qui vous assomme « derrière les oreilles », la responsabilité qui vous pèse sur les épaules, la déception qui vous fait mal au ventre... sont autant d'expressions du réalisme du « corps métaphorique » (en français dans le texte) ;

6. « corps fantasmatique » (en français dans le texte), « Traumleib », qui représente le corps comme « contenant » les rêves et les fantasmes surgis de son « stock », ses souvenirs phylo- et ontogénétiques, de sa créativité spontanée qui nous permet de fantasmer à la fois le corps beau et déformé, laid (Mindell 1987)- articulations même de l'inconscient ;
7. Le corps travaillant, « Arbeitsleib » (Petzold, Heini 1983) est la dimension qui nous permettra de conclure notre présentation d'un concept complexe de « corps intégré ». Toute forme de travail se traduit par une activité corporelle, que ce travail soit manuel ou intellectuel. Lorsqu'il nous faut vendre notre « force de travail » sur le « marché », nous vendons — ainsi que Marx l'a lucidement montré — notre corps (sa santé et son bien-être, sa longévité : pensez aux banquiers des temps sombres dans le « Momo » de Michael Ende). Cela prend parfois une telle extension que cela aboutit à une « Verdinglichung », une réification ou une objectivation (comme l'a appelée Lukac), une « Entfremdung » ou aliénation (ainsi que l'ont analysée Hegel et Marx) : l'être humain devient un objet, le corps sujet devient un produit marchand.

Les « Verdinglichungstendenzen des Kapitals » (les tendances réificatrices et « objectifiantes » du capital) obligent les gens à se transformer eux-mêmes en objet : vous transformez votre corps, votre corps-moi, en machine à travailler, machine à combattre, machine à plaisir ou machine à consommer.

Le concept du corps en tant que machine, tel qu'il a été élaboré par Gilles Deleuze et Félix Guattari (tous deux célèbres protagonistes du mouvement de l'antipsychiatrie), doit sensibiliser le thérapeute « avec le corps » à l'importance de l'aliénation en tant que source principale de la psychopathologie (Petzold, Schuch 1991). L'aliénation est un facteur pathogène dont le communiste autrichien Wilhelm Reich était hautement conscient et dont il a traité dans sa théorie comme dans sa pratique : le mouvement Sexpol, les cliniques de la rue et les centres de conseils sexuels aux travailleurs. Il ne reste que peu de traces de cette vision politique du corps chez les successeurs de Reich, telle qu'ils l'expriment dans la littérature bio-énergétique ou néo-reichienne. Le politique Reich a été réprimé par les thérapeutes « avec le corps » de la même façon que le politique Paul Goodman a été réprimé dans le mouvement de la Gestalt Thérapie (Blankertz 1990). Le corps est individualisé et les gens ne sont pas suffisamment conscients que dans son « armure » (Reich) on peut déceler les symptômes de la « guerre collective entre les riches et les pauvres, entre l'homme et la femme », ainsi que l'écrit Léonard Cohen dans sa célèbre chanson. Nous devons entendre que les pleurs, les cris et les hurlements individuels au cours d'une session de « thérapie avec le corps » sont l'expression des milliers de pleurs d'enfants, des hurlements et des cris des opprimés et des blessés à travers le monde (Petzold 1985h). Ces thèmes cruciaux ont été complètement négligés par les thérapeutes « avec le corps » et nous devons concentrer nos efforts sur le développement de méthodes de traitement visant à combattre l'influence aliénante d'une société réifiante sur le plan du corps. C'est ici que nous devons poursuivre l'héritage du Reich politique et de son élève Paul Goodman, œuvre qui est tout simplement aussi importante que l'élaboration des concepts cliniques. Petzold a, à maintes reprises (1985m,

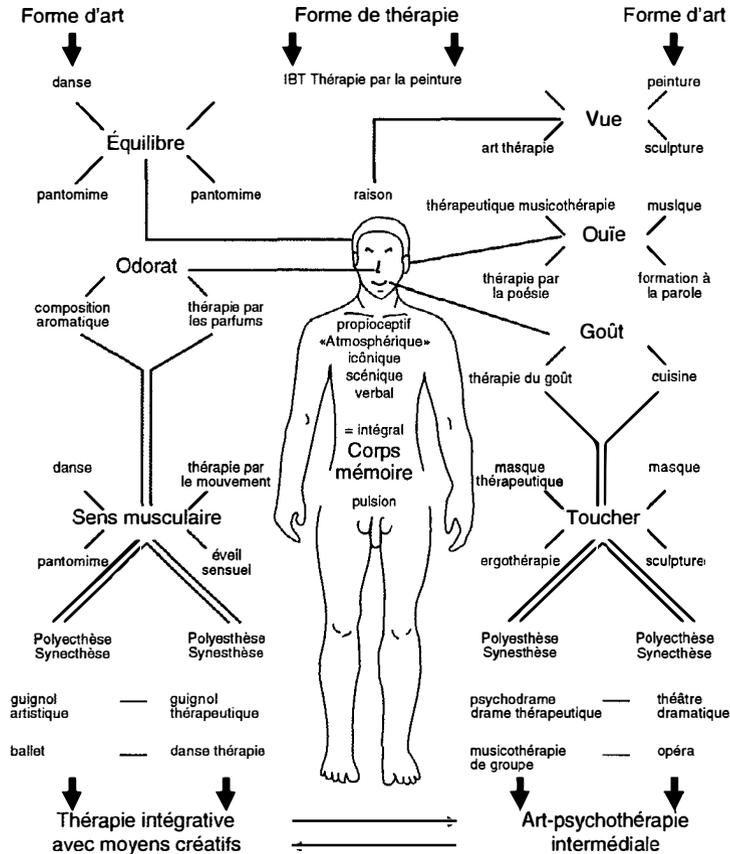
1986a), souligné que le manque d'une « politique du corps » parmi les thérapeutes « avec le corps » est en lui-même un signe d'aliénation, parce qu'il ne reconnaissent pas suffisamment le corps comme lieu ultime de la violence et de la répression (Foucault 1978). Si vous considérez des gens dont le corps est enfermé, puni, torturé et finalement anihilé, qu'il s'agisse d'une extermination individuelle ou d'un génocide (Kuper1981), par la faute de la guerre ou par intention délibérée, par exemple manque de nourriture et de soins médicaux, ainsi qu'on peut le voir dans tant de pays du Tiers Monde qui ne reçoivent que très peu d'aide des autres pays où les gens peuvent s'offrir des thérapies « avec le corps » dont le prix d'une seule session en individuel permettrait à une famille de survivre pendant plusieurs mois en Haute Volta ou au Soudan. Où sont les thérapeutes « par le mouvement » qui sont émus par ces faits ? Où les thérapeutes « avec le corps » montrent-ils de l'intérêt pour le « corps collectif », le corps de l'humanité, et quelle contribution notre art et notre science peuvent-elles apporter ?

C'est à partir de ce point de vue — l'approche IBT en tant que perspective politique centrale — que nous voulons progresser vers une dimension finale mais cliniquement très pertinente de notre modèle anthropologique et notre « concept de corps intégratif » : la perspective du « schöpferische Leib », du « corps créateur », le corps en tant que source de la créativité, participant à la génération (NdT : néologisme en anglais : generativity) et à la co-crédation du processus d'évolution (Iljine 1990, Petzold 1990b) dont chaque corporalité individuelle aussi bien que le corps collectif de l'humanité pris comme un tout sont des manifestations.

CORPS PERCEPTIF, EXPRESSIF ET MÉMORISANT ANTHROPOLOGIE DU CRÉATEUR (figure 2)

La figure 2 est une présentation du corps perceptif, mémorisant et expressif, les dimensions du « corps sujet » comme totalité. Les sens, la capacité de perception du corps sont autant de fenêtres qui ouvrent sur le monde : fenêtres optiques, olfactives et acoustiques. Elles nous permettent « d'avoir » un monde que nous voyons, entendons, goûtons, sentons et touchons. Le corps physique, substrat matériel et organique de la personnalité, est une partie de ce monde, « Teil der Lebenswelt ». Les proprioceptions de notre monde intérieur, de notre corps, et les exteroceptions de l'environnement écologique et social sont stockés dans le « corps mémorisant » (Petzold 1989d).

Dans la vie prénatale, le corps mémorisant est principalement une « mémoire viscérale » proprioceptive. Dès les premières heures de la vie post-natale, un « concert d'impressions variées » court sur le nouveau-né, perçu par le bébé humain plus comme une atmosphère que comme une perception isolée et clairement définie. Les atmosphères sont enregistrées (engrammées ?) dans la « mémoire des atmosphères ». Puis apparaît la « mémoire icônique ». Des fragments d'images, des perceptions de silhouettes qui prennent de la consistance sont gravées dans la « mémoire icônique ». Plus tard, autour de 18 mois, des scènes complètes sont enregistrées dans la « mémoire scénique » en même temps que se développe rapidement la « mémoire verbale » qui enregistre des phrases et des histoires à la syntaxe de plus en plus complexe. Enfin, ces dimensions de fonctionnement mnésique se fondent en une forme de « mémoire intégrée » (idem 1989d, 1990e).



Petzold (1988, 593)

FIG. 2. — *Forme d'art - Forme de thérapie* (D'après PETZOLD, 1988n, 593)

Les couches du corps mémorisant et les capacités du corps perceptif sont intimement liées et les deux tissent la trame du corps expressif. Ces trois dimensions forment un tissu aux schémas et aux couleurs variés.

La figure montre que chaque sens du corps avec ses capacités perceptives donne naissance à des aptitudes d'expression spécifiques : l'oreille (ouïe) conduit à l'expression musicale et vocale, l'œil (vue) à la peinture et à la sculpture, les sens cinesthésiques et vestibulaires offrent une base à la danse et la pantomime, le nez (odorat) nous permet de créer des odeurs et des parfums, l'art de la cuisine est en relation avec le sens du goût ; bien plus, la ligne monesthétique (NdT : néologisme en anglais : monaesthetic) et monesthétique (NdT : autre néologisme en anglais), c'est à dire la perception et l'expression unidimensionnelles, atteint son point culminant dans les arts du théâtre, du guignol, de la danse théâtrale, où plusieurs sens et modalités d'expression interfèrent : polyéthèse, polyecthèse (NdT : néologismes en anglais), perceptions et expressions multiples.

Quoi qu'il en soit, il n'y a pas que dans les Beaux-Arts que les capacités d'expression du corps créatif peuvent se manifester. Nous les décelons également dans les activités des enfants ou des primitifs : chants, danses, fabrication de masques, sculpture, etc. Elles font intégralement partie de la vie de tous les jours. Il n'est donc pas surprenant que l'usage d'activités créatives et expressives (par exemple la danse, l'incantation, la mimique dramatique, la peinture du corps et l'exécution de masques) soit un élément constituant des antiques pratiques médicales, que ce soit dans les rites néolithiques de la peinture des grottes, les rituels chamaniques des hôpitaux des temples grecs dédiés à Esculape lui-même, fils d'Apollon, dieu de la médecine et des docteurs (Petzold, Sieper 1990). Apollon n'était pas seulement le dieu de la thérapie, mais il était simultanément dieu de la musique, de la poésie, de la danse et de la science. C'est pourquoi l'art de soigner et les arts de la poésie, de la musique, du mouvement, du drame et de l'imagination étaient utilisés dans la médecine de Pythagore comme dans celle d'Esculape (*ibid.*). On avait conscience du « corps créateur » comme source de santé, de joie et de bien-être.

Ce savoir s'est perdu au cours des siècles et dans les remous de l'histoire. Ce n'est pas avant l'essor de la psychiatrie moderne, à la fin du 18^e et au début du 19^e siècles, que différentes formes de thérapie créative furent régénérées, par exemple les thérapies par le drame, les parfums et la musique, comme on peut le voir dans les écrits de Reil (1803), alors que l'on fait référence à l'art thérapie, aux thérapies par le mouvement et la poésie dans les travaux de Jacobi (1934) entre autres (Petzold, Sieper 1990). Dans les dix premières années du siècle, Moreno a pratiqué le psychodrame et le « théâtre thérapeutique » a été utilisé par Iljine. Ce dernier utilisa d'une manière extensive les techniques d'apprentissage du corps, telles qu'elles sont décrites dans la méthode Stanislavski et mises en œuvre dans les programmes de formation des acteurs. C'est une autre source des formes élaborées des nouvelles thérapies créatives qui sont maintenant bien implantées dans le domaine clinique. Quoi qu'il en soit, avec le progrès de la psychiatrie moderne, le corps créatif en tant que tout éclata et se sépara en plusieurs morceaux. Les nombreuses facettes de l'art de soigner qui incorporaient la totalité du potentiel perceptif et expressif du corps se réduisirent à une approche unidimensionnelle. Et ce n'est qu'en tant que conséquence des progrès contemporains des approches intégrées des thérapies centrées sur le corps et des approches inter-média en art-thérapie que l'art ancien de soigner l'intégralité (de l'être humain) a été redécouvert, dans la mesure où les vieilles approches demandaient à être rajunies — nous vivons dans une ère nouvelle qui propose des problèmes sans précédent auxquels doivent s'adapter les anciennes manières de faire.

Praxéologie clinique

Notre position anthropologique en IBT — « l'anthropologie de l'homme créatif » (Petzold 1987c ; Petzold, Orth 1990) — est pertinente à la vision thérapeutique puisqu'elle est soutenue par des découvertes cliniques et empiriques offrant des approches spécifiques de la psychopathologie : les concepts de déficits d'incarnation ou de décarnation (Orth, Petzold 1991). Considérons le phénomène de décarnation suivant : dans les climats de socialisation répressive, le corps percevant est anesthésié. Il n'est pas permis d'entendre, de sen-

tir, de toucher ou d'éprouver ; en conséquence, le corps perd son potentiel et sa capacité perceptifs ou il devient « analgésisé », car les situations que le corps doit endurer ont été trop douloureuses et menaçantes. De tels « événements perçus » pèsent lourdement sur le corps mémorisant. Il ne lui est pas permis ou il est incapable de mémoriser les scènes terrifiantes et humiliantes, les premiers traumatismes, la pauvreté émotionnelle et le manque de soins. Et dans ces actes de répression (de blocage du corps mémoire), les événements positifs et les expériences utiles peuvent devenir inaccessibles à la personne, réduisant ainsi son potentiel. Le corps mémorisant devient amnésique. Dans ces micro-climats socio-émotionnel négatifs qui conduisent à des atmosphères oppressantes, le corps expressif peut lui aussi être affecté. Il est inhibé, mutilé ou même démembré, dans le cas de ces personnes dont les mains froides, humides, sans vie ne semblent pas leur appartenir, ou de celles qui peignent des corps schématiques (Petzold, Orth 1991) ou façonnent des sculptures d'argile de leur image corporelle sans bras ni jambes (Petzold, Kirchmann 1990). Ils n'ont pas eu les jeux corporels que les bébés ont avec leurs parents, ont été privés du « dialogue tonique » (Ajiaguerra 1962), n'ont pas vécu l'expérience des joies de la commotilité (Petzold 1989h) ni de l'activité en commun. On leur a tapé sur les mains, on leur a interdit de prendre, d'attraper, de « parler avec les mains », de s'en aller, de courir partout, d'explorer, d'exprimer et d'être « émotionnels » (ce qui signifie, d'après la racine latine, « partir de l'intérieur pour aller vers l'extérieur » : e-movere). Notre thérapie a pour but d'ouvrir les canaux du corps percevant, de mettre une fin à l'anesthésie et de rendre au patient la capacité de voir, d'entendre, de sentir, de goûter, etc., ce qui est la base même de l'incarnation, c'est à dire l'incorporation du monde. Nous nous acharmons à débloquent les archives du corps mémoire pour que notre histoire, avec ses joies et ses peines, avec ses événements enrichissants ou déprimants, nous devienne accessible, parce que nous avons besoin de notre histoire pour trouver une identité, une personnalité pleine de ressources, disposant d'une gamme étendue de richesses émotionnelles, sociales et spirituelles.

Nous espérons que les concepts métathéoriques et théoriques que nous venons d'exposer procurent de bonnes raisons pour tenter une approche multimodale, intégrative et créative d'une thérapie qui cherche à atteindre le corps sujet en tant que personne, en tant que tout. Notre praxéologie, c'est à dire nos méthodes, techniques et moyens pris dans leurs processus thérapeutiques, a donc été conçue pour actualiser les ressources créatives du patient. Nous tentons d'explorer les archives du corps, de retrouver les proprioceptifs, atmosphères, images et scènes bénéfiques ou maléfiques d'une manière qui permette au ré-primé de s'ex-primer, de fondre à ce qui était gelé, de mobiliser ce qui était paralysé, d'exhiber l'inhibé et de montrer ce qui était caché. A cet effet, nous avons inventé une multitude de techniques et d'exercices pour développer les forces thérapeutiques et dévoiler ce qui est enfoui dans les ombres de l'inconscient (Petzold 1988a), dans la dimension cachée du corps mémorisant. A l'aide d'improvisation de mouvement créatif, nous découvrons et mettons à nu les événements qui ont formé obstacle ou contrariété dans le passé, l'encouragement et le soutien offerts par le thérapeute et par le groupe permettent au patient de résister et de s'opposer aux envahisseurs de sa sphère personnelle pour sauvegarder ainsi son propre territoire socio-émotionnel. Au cours d'un processus de peinture du corps, dans nos groupes de thérapie (Petzold, Orth 1990b,1991), des symboles émergent du corps, rendant visible ce qui était « engrammé » dans le corps mémoire et que l'on peut déceler dans les muscles et les tissus, révélant ainsi ce qui était caché sous l'apparence de

postures figées et de masques faciaux. Ces symboles et ces images, ces scènes et ces atmosphères surgis du passé sont « ressentis au fond », « agis au fond » à un niveau émotionnel profond qui inclut la totalité de la personne : sa voix et sa respiration, ses mains et ses pieds, ses muscles et sa peau, ses yeux et ses oreilles. Par la représentation sculpturale du corps, technique que nous avons décrite pour la première fois en 1965 (Petzold 1965) et que nous avons utilisée de façon intensive, nous encourageons l'individu à se servir de son propre corps comme s'il était en train de modeler de l'argile (Petzold, Kirchmann 1990). Et cela s'exprime sur trois niveaux, couché, assis et debout — sa colère ou sa joie ou son plaisir ; sa crainte ou son amertume ou quoi que ce soit d'autre. C'est ainsi que l'on peut ensuite transformer la sculpture du chagrin en mouvement, le chagrin en impulsion ; éventuellement, le mouvement peut donner lieu à de la danse, la danse de la lamentation, la danse du chagrin, de la colère ou du soulagement (Petzold, Orth 1988a, idem 1988n, 554 et suiv.)

Exemple de "cas" (d'un processus)

Pour illustrer nos idées théoriques, voici la brève description d'un cas/procès dans le domaine de la gérontothérapie, domaine négligé pendant longtemps par les psychothérapeutes et les thérapeutes par le mouvement.

Un groupe de patients âgés dans un foyer pour personnes du troisième âge a deux séances par semaine d'IBT. Les participants, sept femmes et quatre hommes, ont entre 68 et 77 ans. Leurs plaintes sont principalement « somatiques » et au moyen de diverses techniques d'analyse — anamnèse, analyse de ressource, analyse des besoins et analyse du contexte de vie (cf. Petzold 1988n, 206 et suiv.) — une bonne part de la pluri-morbidité « typique de la vieillesse » peut être rangée sous l'étiquette « psychosomatique ». Les troubles du sommeil, de vagues douleurs à l'abdomen et dans les membres, des plaintes au sujet de troubles gastro-intestinaux et de problèmes cardio-vasculaires peuvent être reliés avec des problèmes causés par la vie de tous les jours dans le foyer ou des problèmes avec leurs familles.

Les principaux problèmes psychologiques étaient la dépression, l'instabilité, des terreurs sans objet ou la peur de la mort.

Un patient souffrait de pensées compulsives et un autre de fantasmes paranoïdes d'intensité variable sur le mode de la peur d'être empoisonné.

La séance de groupe était généralement dirigée par le thérapeute et sa collègue et commençait toujours par l'exercice « mode centré/fonctionnel » parce que les objectifs fonctionnels comme la mobilité, la capacité à se relaxer et la stimulation cardio-vasculaire (entraînement à la vitalité) jouaient un rôle important dans la méthode de traitement. De plus, cela « chauffe » le groupe pour l'action sociale et le travail centré sur les conflits (comme dans la phase initiale du « modèle de développement tétraédrique » de l'IBT).

THERAPEUTE : Nous allons commencer aujourd'hui par des exercices d'étirement. Trouvez-vous un endroit confortable dans la pièce.

(niveau du « corps dans l'espace »).

TH : Étirez vos bras... étirez votre dos... et continuez à bouger !

TH : Oui, madame Bayer, vous pouvez bâiller en faisant beaucoup de bruit si vous en avez envie. Tout le monde peut essayer. Cela aide à respirer profondément.

TH : Vous pouvez maintenant aller sur les matelas... Trouvez une position confortable. Nous allons commencer par étirer tout le corps. D'abord, les pieds... étirez.

Imaginez que vous vous allongez, comme si vous grandissiez... Le corps tout entier est étiré, des pieds à la nuque, et comme en isodynamique (Petzold 1985f), on fait entrer l'imagination et on apporte de l'aide par une intervention physique directe (« gymnastique de relaxation des organes », cf. Petzold/Berger 1974).

Madame B : Mon corps me fait si mal à nouveau. Spécialement la jambe.

TH : Imaginez qu'elle flotte dans de l'eau chaude, comme un bouchon, et que vous la massez doucement. (niveau du corps métaphorique).

Madame B : Elle est comme une bûche (gémit) J'en ai tellement assez de cette jambe !

Le thérapeute va vers la patiente, masse un peu la jambe et lui parle directement : « Tu portes madame B. depuis tant d'années (corps travaillant). Ce n'est pas surprenant que tu sois fatiguée ! » Le but de l'intervention est de diminuer la réification.

TH : Maintenant, madame B., continuez à masser et parlez gentiment à votre jambe !

Après l'exercice de relaxation, les participants se remettent à marcher autour de la pièce, en douceur, comme sur de la ouate. Après ce travail centré sur l'expérience (cf. idem 1988n,112), il y a un petit échange dans le groupe à propos de leur expérience personnelle.

Monsieur K : La relaxation m'a fait du bien. Après, je me suis senti si léger en marchant autour de la pièce.

Madame F : Moi aussi, c'était très agréable, mais on remarque tellement son âge ! Quand je pense à ce que je me déplaçais facilement...

TH : A quoi pensez-vous en ce moment ?

Madame F : A des promenades... à la danse... J'étais une bonne danseuse.

TH : Imaginez que vous êtes sur un parquet de danse. Essayez d'entendre votre air favori, essayez alors de balancer votre corps en suivant le rythme. Commencez par la tête, simplement. Si les autres veulent le faire aussi, ils le peuvent.

Nous nous adressons au « corps temps » et abordons la phase d'action du « développement tétraédrique » (Eisler Stehrenberger 1990). Presque tous les participants nous accompagnent : quelques-uns s'asseyent et quelques autres font le tour de la « piste de danse » dans la salle en dansant tout seuls. Un couple se forme. L'atmosphère est prégnante et totalement différente de celle de l'après-midi dansante des plus de 60 ans dans le foyer. Madame F. pleure. La thérapie atteint une « direction centrée sur le conflit » (Petzold 1988n).

TH : Madame F., essayez d'exprimer vos sentiments par des mouvements.

Madame F. fait des signes de dénégation : Je ne veux pas...

TH : Quoi ?

Madame F : Me ratatiner et perdre mes forces peu à peu. (Elle pleure plus fort.) J'étais une très belle femme. Les gestes de rejet sont maintenant forts, violents même. Nous avons l'impression que madame F. veut repousser la mort et la déchéance physique, mais nous ne pensons pas utile de donner une interprétation. Brusquement, ses mouvements s'apaisent.

TH : Qu'est-ce qui se passe ?

Madame F. : Je me sens plus légère. C'était comme un combat entre la vieillesse et la jolie jeune femme d'autrefois. Mais je suis vieille maintenant, et ma vie a été longue et bonne.

TH : Voyez ce que vous avez conservé de cette époque.

Madame F. est calme. Au bout d'un moment, elle commence à se balancer.

Madame F. : Les airs et le rythme. Voilà ce que j'ai gardé.

TH : Et le plaisir qu'ils vous ont procuré aussi, j'espère.

Le sinistre combat entre le jeune et beau corps et le corps vieilli est terminé (niveau du corps phantasmatique). Ceci fait une forte impression sur le groupe.

TH : Ralentissez doucement et cessez. Trouvez-vous une place de nouveau. Nous allons parler de tout ceci.

La phase d'intégration du « modèle tétraédrique » commence. La plupart des participants sont émus.

Madame F. : J'ai rajeuni un petit peu, et la vieille sensation... c'était quelque chose comme ces jours heureux...

Madame B. : Mais nous sommes vieux, maintenant.

Madame F. : Oui, mais on n'a pas besoin d'être si misérables. C'est souvent forcé pendant les après-midi dansants, c'est si dur. Pour moi, c'était tout simplement épatant d'être là, assise, et de balancer ma tête en suivant le rythme.

Monsieur K. : Pendant ces heures de danse il nous faut vivre comme si nous étions jeunes et frais.

Le groupe abandonne ce triste sujet et parle des après-midi dansants qui sont organisés par une infirmière rigide et durant lesquels « l'obligation d'être vigoureux » a jusqu'à maintenant laissé les résidents dans un dilemme non reconnu et non verbalisé. On atteint ainsi la dimension d'une décharge en évaluant le comportement du « vieux corps », ce dont le groupe discutera au cours de séances ultérieures. Les attentes de l'infirmière et de leurs enfants (Papa, tu devrais faire quelque chose : prends de l'exercice !) sont vécues plus comme des pressions que comme des normes sociales (« l'ennemi extérieur ») que la personne âgée ne peut réellement accepter. D'un autre côté, il y a le sentiment que les gens ont mérité le calme et la tranquillité quand ils sont vieux, et cela peut facilement devenir de la passivité (« l'ennemi intérieur », cf. Petzold/Berger 1979).

TH : Même dans un âge avancé, les gens sont très influencés par les pressions extérieures : c'est bien, c'est mal, vous devriez faire ci et pas ça. Mais cela vous donne une possibilité de savoir ce que vous voulez réellement, ce qui est bon pour vous, et apparemment, tout le monde a apprécié les exercices... Je suggère que nous nous remettions en mouvement, assis ou dans la partie réservée aux exercices et chacun pourra faire ce qu'il a envie de faire !

Ceci nous amène à la phase de réorientation (ibid., 98 et suiv.). Les participants suivent leurs propres impulsions à se mouvoir. Des couples ou de petits groupes se forment spontanément, se déplacent çà et là pendant quelques instants, puis s'asseyent ou se reposent ou se contentent de balancer leur corps.

Conclusion

Des méthodes comme le mouvement improvisé et l'expression du corps créatif, en utilisant les divers moyens dont nous disposons, ont pour but des stimulations multiples (idem 1988f) qui servent à faire évoquer des scènes

engrammées dans le corps mémorisant, pour revivifier ce qui est devenu mort, « se souvenir, répéter et perlaborer » (Freud) des éléments qui ont été réprimés.

La « perlaboration » verbale pendant ou après les séquences d'« agir » est cruciale dans l'approche IBT. Nous ne croyons pas aux thérapies purement non verbales dans la mesure où, pour le corps sujet, les dimensions verbale et non verbale, pré-verbale et trans-verbale sont entrelacées. L'homme parle, si ce n'est pas avec des mots, c'est avec des signes, des gestes, des mimiques symboles qui peuvent être exprimés en mots. L'adulte doit trouver des noms aux terreurs non dites de l'enfance pré-verbale qui traînent toujours quelque part sous sa peau, sont logées au fond de ses os et qui le submergent d'indicibles horreurs. Nous devons donner des mots aux événements que le patient n'a pas pu relater sous peine de mort : « Je te tuerai si tu le dis à maman... ! ». Même les expériences transverbales de la joie ou de l'exaltation, de la terreur sacrée ou de la vénération peuvent au moins se laisser circonscrire par le langage de la poésie, de la danse ou de la musique, par le langage sans mots de la brosse du peintre. Ce qu'il y a au-delà justifie le silence : « Worüber man nicht reden kann, darüber soll man schweigen » (NdT : « ce sur quoi l'on ne peut pas parler impose le silence »), comme le dit Wittgenstein dans ses derniers écrits.

Comme le langage silencieux des mots et des gestes (Goodman 1971), l'« action-langage » (Austin, Searle) du « corps parlant », le processus thérapeutique est enraciné dans le milieu de la co-existence (Marcel 1985), de l'« intercorporalité » (Merleau-Ponty 1945), de la « commotilité » (Petzold 1970c, 1989h). Les mots sont une articulation de la bouche en direction d'une oreille, alors que dans le même temps l'oreille est tournée vers les chuchotements, les murmures, les propos, les exclamations et les cris d'une bouche. L'œil voit un autre œil, les mains se tendent vers d'autres mains, le corps désire l'étreinte d'un autre corps : « Zwischenleiblichkeit », intercorporalité.

L'interconnexion corporelle est la qualité soignante qui doit émerger de l'esclavage et de l'emprise, de l'amour et des soins qui forment le processus de la relation thérapeutique.

Et ce n'est que lorsque nous réussissons à instaurer un milieu de « zwischenleiblichkeit » (Petzold 1980g), ou le lien intercorporel de l'« amour primal », comme Michaël Balint (1988) l'a appelé, l'amour d'une « mère plutôt bonne », d'un « père plutôt bon » (Winnicott) ; ce n'est que lorsque nous parvenons à « adopter émotionnellement » nos patients (Ferenczi 1931), qu'il est possible d'inoculer un nouveau processus de socialisation.

Ce n'est pas un processus de canalisation ou de discipline du corps percevant, ou de dirigisme et censure du corps mémorisant, ou de domination et dressage du corps exprimant, mais un processus de croissance et d'enrichissement, dans lequel le corps sujet peut réaliser ses potentialités en tant qu'individu et en tant que membre du corps de l'humanité.

Bibliographie

- AJURIAGUERRA J. de. — Le corps comme relation. *Revue de psychologie pure et appliquée*, 2 (1962), 127-157.
- ALEXANDER F.M. — *Der Gebrauch des Selbst*. Kösel, München, 1988.
- ALEXANDER F.M., FRENCH T.M. — *Psychothérapie analytique. Principes et applications*. PUF, Paris, 1959.
- APEL K.O. — Das Leibapriori der Erkenntnis. *Archiv f. Philosophie*, 12 (1963), 152-172. In : Petzold (1985g) 47-70.
- ARGYLE M. — *Körpersprache und Kommunikation*. Junfermann, Paderborn, 1979.
- ARNHEIM R. — *Kunst und Leben*. De Gruyter, Berlin, 1978.
- AUSTIN J.L. — *Zur Theorie des Sprechakte*. Reclam UB, Stuttgart, 1972.
- BACH G., MOLTER J. — *Psychoboom*. Diederichs, Düsseldorf, 1976.
- BALINT M. — *Charakteranalyse und Neubeginn* (1932). In : Balint (1988) 165-177.
- BATES M., ECKENSBERGER L. — *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne*. Klett, Stuttgart, 1979.
- BOEHM G. — *Seminar: Die Hermeneutik und die Wissenschaften*. Suhrkamp, Frankfurt, 1978.
- BOYSEN G. — *Über den Körper die Seele heilen. Biodynamische Psychologie und Psychotherapie. Eine Einführung*. Kösel, München, 1987.
- BOYSEN M.L., BOYSEN G. — *Biodynamische Theorie und Praxis*. In : Petzold (1977n) 140-157.
- BRUCH H. — Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa, *Psychosom. Medicine*, 24 (1962), 187-194.
- BRUCH H. — *Eating disorders*. Basic books, New York, 1973.
- BROOKS CH. — *Erleben durch ihre Sinne*. Junfermann, Paderborn, 1979.
- BUNGE M. — *Das Leib-Seele Problem*. Tübingen, Mohr, 1987.
- BUYTENDIJK F.J.J. — *Allgemeine Theorie der menschlichen Haltung und Bewegung*. Springer, Berlin, 1956.
- CHACE M. — *Tanz als unterstützende Therapie bei Patienten in Stationärer psychiatrischer Behandlung*. In : Willke, Hölter, Petzold, (1991).
- COHN R. — *Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion*. Klett, Stuttgart, 1975.
- DELEUZE G., GUATTARI F. — *L'Anti-Œdipe*. Ed. de Minuit, Paris, 1972.
- DELGADO J.M. — *Triunism — a transmaterial brain-mind theory*. Ciba Foundation, Basel (1979), 369-394.
- DERBOLOWSKY U. — *Richtig atmen hält gesund*. Econ, Düsseldorf/Wien, 1978.
- DUBLIN J.E. — *Eine bio-existentielle Therapie*. In : Petzold (1977n), 331-346.
- EHRENFRIED L. — *De l'éducation du corps à l'équilibre de l'esprit*. Aubier Montaigne, Paris, 1956.
- EISLER P. — Berührung aus Berührtheit. *Intégrative Therapie*, 1-2 (1991), 85-116.
- EISLER-STEHRERBERGER K. — *Kreativer Prozess — Therapeutischer Prozess*. In : Petzold, Orth (1990a), 113-168.
- EKMAN P. — *Gesichtsausdruck und Gefühl*. Junfermann, Paderborn, 1988.
- ENDE M. — « Momo ». DTV, München, 1988.
- ESPENAK L. — *Dance Therapie : Theory and application*. Springfield, 1981.
- FELDENKRAIS M. — *Bewusstheit durch Bewegung*. Suhrkamp, Frankfurt, 1978.
- FERENCZI S. — *Œuvres complètes*. Psychanalyse I. Payot, Paris, 1968, Psychanalyse II. Payot, Paris, 1978, Psychanalyse III. Payot, Paris, 1974, Psychanalyse IV. Payot, Paris, 1982. (1978).
- FOUCAULT M. — *Die Supervision des Wissens*. Ullstein, Frankfurt, 1978.
- FREDERIKS J.A.M. — Disorder of the bodyschema. In : P.J. Vinken, G. G. W. Bruyn, *Handbook of clinical neurology*. Amsterdam Publ. Comp. (1969), 207-240.
- GENDLIN E. — *Dein Körper dein Traumdeuter*. Müller, Salzburg, 1987.
- GIBSON J.J. — *The ecological approach to visual perception*. Houghton-Mifflin, Boston, 1979.
- GLASER V. — *Sinnvolles Atmen*. Lüttele, Berlin, 1957.
- GLASER V. — *Eutonie*. Haug, Heidelberg, 1981.

- GOODMAN P. — *Speaking and langage. The defense of poetry*. Ramdom House, New York, 1971.
- GRODDECK G.W. — *Le livre du Ca*. Gallimard, Paris, 1972.
- HEINL H. — Körper und Symbolisierung. In : *Integrative Gestalttherapie und Orthöpadie. Integrative Therapie*, 1-2 (1985), 227-232.
- HIPPIUS GRÄFIN DÜRKHEIM M. — *Die gestaltende Dimension in der Initiatischen Therapie*. In : Petzold H., Orth I. 1991a.
- HOPKINS B., PAPOUSEK H. et al. — *Journal for Infant Development and Parenting*, 1991 ff.
- HUBER G. — Die « coenästhetische Schizophrenie » als ein Prägnanztyp schizophrener Erkrankungen, *Acta Psychiat. Scand.*, 47 (1971), 349-362.
- ILJINE V.N. — Kokreation- die leibliche Dimension des Schöpferischen. In : Petzold/Orth (1990a) 203-212.
- JACOBI M. — *Über die Anlage und Einrichtung von Irrenanstalten*. G. Reimer, Berlin, 1934.
- KEPNER J. — *Körperprozesse*. Edition Humanistische Psychologie, Köln, 1988.
- KIRCHMANN E. — *Moderne Verfahren der Bewegungstherapie : Integrative Bewegungstherapie, Konzentrierte Bewegungstherapie, Rythmische Bewegungstherapie, Beihefte zur Integrativen Therapie 2*. Junfermann, Paderborn, 1979.
- KLEIN M. — *La psychanalyse des enfants*. PUF, Paris, 1959.
- KUPER L. — *Genocide, its political use in the twentieth century*. Pengu Books, Harmondsworth, 1981.
- LABAN R. — *Modern Educational Dance*. London, 1984.
- LEEDS A. — *Lomi, ein ganzheitlicher Zugang zu Bewusstsein und persönlichem Wachstum*. In : Petzold H. (1977n) 313-330.
- LEWIN K. — *Dynamic theory of personality*. Harper, New York, 1935.
- LORENZ K., LEYHAUSEN P. — *Antriebe tierischen und menschlichen Verhaltens*. Piper, München, 1968.
- MAHLER M.S. — *Studien über die ersten beiden Lebensjahre*. Klett, Stuttgart, 1985a.
- MARCEL G. — *Etre et avoir*. Alcan, Paris, 1935.
- MERLEAU-PONTY M. — Les dessins enfantins. *Bulletin de Psychologie de l'Université de Paris* 8, (1959) 12-13 ; 9 (1950) 6-10.
- MERLEAU-PONTY M. — *Phénoménologie de la perception*. Gallimard, Paris, 1945.
- MERLEAU-PONTY M. — *Le visible et l'invisible*. Gallimard, Paris, 1964.
- MIDDENDORF I. — Atem und seine Bedeutung für die Entwicklung und das Heilsein des Menschen. In : Petzold H.G. : *Die neuen Körpertherapien*. Paderborn, 1977, 436-451.
- MIDDENDORF I. — *Der erfehrbare Atem — Eine Atemlehre*. Junfermann, Paderborn, 1984.
- MINDELL A. — *Dream body*. Los Angeles, 1981.
- MORENO J.L. — *Psychodrama*. vol. I Beacon, Beacon House, 1946, 1964/2.
- OERTER R., MONTADA L. — *Entwicklungspsychologie*. Psychologie Verlags Union, München, 1987.
- ORTH I., PETZOLD H. — *Zur theorie und Praxis Integrativer Leib- und Bewegungstherapie*. In : Petzold H.G. (1991a).
- OSOFSKY J. — *Handbook of infant development*. Wiley, New York, 1987.
- PAINTER J. — *Befreiung durch Körpertherapie. Mit neuer Körperenergie zu einem stabilen äusseren und inneren Gleichgewicht*. Meyster Verlag, München, 1987.
- PAPOUSEK H. PAPOUSEK M. — Intuitives elterliches Verhalten im Zwiegespräch mit dem Neugeborenen. *Sozialpäd. Prax. Klin* 3 (1981) 229-238.
- PERLS L. — *Leben an der Grenze, Essays und Anmerkungen zur Gestalt-Therapie*. Edition Humanistische Psychologie, Köln, 1989.
- PETZOLD H.G. — *Thérapie du mouvement, training relaxatif, thymopratique et éducation corporelle comme intégration*. Mimeorg., Paris, 1970c.
- PETZOLD H.G. — *Psychotherapie und Körperdynamik*. Junfermann, Paderborn, 1974j, 1979/3.
- PETZOLD H.G. — *Die neuen Körpertherapien*. Junfermann, Paderborn, 1977n.
- PETZOLD H.G. — *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der Integrativen Therapie 1980g*. In : Petzold (1980f) 223-290.
- PETZOLD H.G. — *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung*. Junfermann, Paderborn, 1980f.

- PETZOLD H.G. — *Leiblichkeit, philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven*. Junfermann, Paderborn, pp.604, 1985g.
- PETZOLD H.G. — *Neue Körpertherapien für den bedrohten Körper. Leiblichkeit, Zeitlichkeit und Entfremdung*. In : Petzold, Scharfe, 131-158 (1985m); repr. (1986a) 223-250.
- PETZOLD H.G. — *Psychotherapie und Friedensarbeit*. Junfermann, Paderborn, 1986a.
- PETZOLD H.G. — Überlegungen und Konzepte zur Integrativen Therapie mit kreativen Medien und einer intermedialen Kunstpsychotherapie. *Integrative Therapie 2/3 (1987c)*, 104-141.
- PETZOLD H.G. — *Multiple Stimulierung und Erlebnisaktivierung*. In : Petzold, Stöckler (1988f) 65-88.
- PETZOLD H.G. — *Grundfragen der menschlichen Kommunikation im Lebensverlauf*. In : Petzold, Stöckler, (1988h) 47-64.
- PETZOLD H.G. — *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie*. Ausgewählte Werke Bd I. Junfermann, Paderborn, 1988n.
- PETZOLD H.G. — Die « Brille von vorgestern » — « Vergangenheitsprojektion und Zeitreisen in der Erinnerungs — und Antizipationsarbeit der Integrativen Therapie ». *Gestalt und Integration 2 (1989d)*, 44-52.
- PETZOLD H.G. — *Leben ist Bewegung — Bewegung ist Leben — Überlegungen zu einem Komplexen Bewegungskonzept und Kommolität, Vortrag auf der Studententagung*. « Klinische Bewegungstherapie » 6. juni 1989, Freie Universität Amsterdam, 1989h.
- PETZOLD H.G. — « *Form und Metamorphose* » als fundierende Konzepte für die Integrative Therapie mit kreativen Medien — Wege intermedialer Kunstpsycholotherapie 1990b. In : Petzold, Orth (1990a) II 639-720.
- PETZOLD H.G. — *Der « Tree of Science » als metahermeneutische Folie für Theorie und Praxis der Integrativen Therapie, Bearbeitet von Bernd Heinemann, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1990h ; erw. In : Petzold (1991a)*.
- PETZOLD H.G., HEILN H. — *Psychotherapie und Arbeitswelt*. Junfermann, Paderborn 1983.
- PETZOLD H.G., HENTSCHEL U. — Niedrigschwellige und karrierebegleitende Drogenarbeit als Element einer Gesamtstrategie der Drogenhilfe. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 1 (1991)*, 11-19.
- PETZOLD H.G., KIRCHMANN E. — *Selbstdarstellungen mit Ton in der Integrativen Kindertherapie*. In : Petzold, Orth, (1990a) II 933-974.
- PETZOLD H.G., ORTH I. — *Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie*, 2 vols. Junfermann, Paderborn, 1990a.
- PETZOLD H.G., SCHUCH W. — Die Krankheitslehre der Integrativen Therapie. In : Pritz A., Petzold H.G., *Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie*. Junfermann, Paderborn, 1991.
- PETZOLD H.G., SIEPER J. — Integrative Therapie und Gestalttherapie am Fritz Perls Institut — Begriffliche persönliche und Konzeptuelle Hintergründe und Entwicklungen, Gestalttherapie und Integration. *Gestalt Bulletin, 1 (1988a)*, 22-96.
- PETZOLD H.G., SIEPER J. — Die FPI-Spirale — Symbol des « heraklitischen Weges » Gestalttherapie und Integration. *Gestalt-Bulletin, 1 (1988b)*, 22-96, repr. In : Petzold (1991a).
- PETZOLD H.G., SIEPER J. — *Die neuen — alten — Kreativitätstherapien — Marginalien zur Psychotherapie mit kreativen Medien*. In : Petzold, Orth (1991a) II 519-548.
- PETZOLD H.G., STÖCKLER M. — Aktivierung und Lebenshilfen für alte Menschen. Aufgaben und Möglichkeiten des Helfers. *Integrative Therapie Beiheft 13*. Junfermann, Paderborn, 1988.
- PLESSNER H. — *Die Stufen des Organischen und der Mensch, Berlin :Leipzig 1928 ; Gesammelte Schriften*. Ed G. v. Dux, O. Marquard, Shurkamp, Frankfurt, 1982.
- POECK K. — Phantoms following amputation in early childhood and in congenital absence of limbs. *Cortex, 1 (1964)*, 269-275.
- POPPER K., ECCLES J. — *Das Selbst und sein Gehirn*. Springer, Heidelberg, London, New York, 1977.
- RAKNES O. — *Wilhelm Reich und die Ergonomie*. Fischer, Frankfurt, 1973.
- REICH W. — *L'analyse caractérielle*. Payot, Paris, 1971.

- REIL J. CH. — *Rhapsodien über die Anwendungen der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttungen*. Halle, 1803.
- RICOEUR P. — *Die Interpretation. Versuch über Freud*. Suhrkamp, Frankfurt, 1969.
- RICOEUR P. — *Der Text als Modell : Hermeneutisches Verstehen*. In : Boehm (1978) 83-117.
- ROBINS L.N., RUTTER M. — *Straight and devious pathways from childhood to adulthood*. Cambridge University Press, Cambridge, 1990.
- ROLF I. — *Der Weg zu Einheit und Gleichgewicht der Körperstruktur*. 1989.
- ROLF I. — *Rolfing*. Dennis-Landmann, Santa Monica, 1977.
- RUSSELMAN G.H.E. — Der Energiebegriff in der Bioenergetik. Eine kritische Abhandlung. *Integrative Therapie I* (1988), 4-40.
- RUTTER M. — Pathways from childhood to adult life. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 1 (1989), 23-51.
- SCHMITZ H. — *Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapeutik*. Junfermann, Paderborn, 1989.
- SCHOOP T. — *Won't you joy the dance*. Palo Alto, 1974.
- SCHUCH W. — Apropos Technik — Debatte in der Psychotherapie. *Gestalt und Integration I* (1990), 115-122.
- SELVER C., BROOKS C. — *Sensory Awareness*. In : Petzold (1974j) 59-78.
- SCHELDRAKE R. — *Das schöpferische Universum*. Meyster Verlag, München, 1983.
- SPIEGEL-RÖSING I., PETZLOD H.G. — *Die Begleitung Sterbender*. Junfermann, Paderborn, 1984.
- SPITZ R. — *Vom Säugling zum Kleinkind*. Klett, Stuttgart, 1967.
- STOERIG P. — *Leib und Psyche. Eine interdisziplinäre erörterung des psychophysischen Problems*. Fink, München, 1985.
- STOLZE H. — *Konzentrierte Bewegungstherapie*. In : Petzold (1974j) 159-175.
- STOLZE H. — *Die konzentrierte Bewegungstherapie. Grundlage und Erfahrungen*. Verlag Mensch und Leben, Berlin, 1984. 2nd edition. Springer, Heidelberg, 1988.
- TAMBOER J.W. — Relationsmodalitäten statt Leib-Seele-Verhältnisse. *Integrative Therapie, 1-2* (1991), 58-84.
- TIEMERSMA D. — *Body schema and body image. An interdisciplinary and philosophical study*. Swet and Zeitlinger, Amsterdam/Lisse, 1989.
- VYT A. — The second year of life as a developmental turning point : implications for « Sensitive » caretaking. *European Journal of Psychology of Education*, 2 (1989), 145-158.
- WEINSTEIN N. and al. — Bibliography of sensory and perceptual deprivation, isolation and related areas, *Percepti. Motor Skills* 26 (1968), 883-903.
- WILLKE E., HÖLTER G., PETZLOD H.G. — *Tanztherapie. Theorie und Praxis*. Junfermann, Paderborn, 1990.
- WINNICOTT D.W. — *The maturational process and the facilitating environment : studie in the theory of emotional development*. Hogarth Press, London, 1972.
- ZUNDEL R. — *Integrative Therapie*. In : Zundel, Zundel, (1987) 191-214.
- ZUNDEL E., ZUNDEL R. — *Leitfiguren der Psychotherapie*. Kösel, München, 1987.