

Identification de la méthode IDMET

Technique Alexander

Septembre 2015_Version 3

Aperçu du contenu

Identification de la méthode IDMET

1	Désignation de la méthode	3
2	Brève description de la méthode	3
3	Histoire et philosophie.....	4
3.1	Histoire.....	4
3.2	Philosophie.....	6
4	Modèle théorique fondamental	7
4.1	Concepts de la Technique Alexander	7
4.2	Transposition dans la procédure thérapeutique.....	8
5	Formes de l'anamnèse	10
5.1	Attentes, problèmes, ressources.....	11
5.2	Anamnèse concernant l'usage de soi	11
5.3	Décision / planification	12
6	Concept de la thérapie.....	12
6.1	Objectifs de la thérapie	12
6.2	L'approche thérapeutique et son mode d'action	13
6.3	Outils de la thérapie	14
6.4	Aperçu du processus thérapeutique	16
7	Limites de la méthode / Contre-indication.....	18
8	Différenciation des compétences TC spécifiques à la méthode (optionnel)	18
9	Ressources spécifiques à la méthode	18
10	Positionnement	26
10.1	Relation de la méthode avec la médecine alternative et classique	26
10.2	Délimitation de la méthode par rapports aux autres méthodes et professions.....	27
11	Ampleur et structure de la formation dans la méthode	27

Annexe : Littérature spécialisée et recherche sur la Technique Alexander

Identification de la méthode IDMET

1 Désignation de la méthode

Technique Alexander

2 Brève description de la méthode

Life is never a matter of shrinking

Life is a matter of expanding, of embracing

Life is growth everywhere¹

GODDARD BINKLEY (*The Expanding Self – How The Alexander Technique Changed My Life*, 1993)

La Technique Alexander doit son nom à son concepteur, Frederick Matthias Alexander (né en 1869 en Australie, décédé en 1955 à Londres). Cette méthode permet d'identifier les habitudes comportementales nuisibles à la santé et de les modifier

L'organisme humain est par nature capable de se coordonner en permanence et de fonctionner en utilisant la juste quantité d'énergie requise. Dans ce processus le *contrôle primaire*, l'interaction entre la tête et la colonne vertébrale en relation avec l'organisme dans son ensemble, joue un rôle central dans la coordination et le fonctionnement de l'être humain en tant qu'entité psychophysique.

La Technique Alexander apporte aide et soutien lorsque l'interaction entre le corps, le mental et l'esprit est mise à mal par un fonctionnement inefficace du contrôle primaire et l'être humain se sent entravé dans sa vie privée et professionnelle. Des symptômes très différents peuvent en résulter, maux de tête, douleurs dans la nuque, les épaules et le dos, troubles respiratoires et vocaux, vertiges, troubles du sommeil, troubles du comportement alimentaire, manque d'entrain, hyperactivité et syndrome d'épuisement.

Les thérapeutes complémentaires méthode Technique Alexander initialisent le processus de guérison par un *travail faisant appel au contact manuel et au mouvement* que vient renforcer un dialogue centré sur des processus.

Les clients² se familiarisent avec le fonctionnement du contrôle primaire et les spécificités anatomiques et physiologiques dont l'être humain dispose comme ressources. Les stimuli subtils, déclenchés par les thérapeutes par contact manuel et mouvement, destinés à renforcer la puissance intégrante du contrôle primaire, permettent aux clients d'expérimenter d'une manière toute nouvelle des mouvements familiers. Ce faisant ils se sentent soutenus, redressés, détendus et plus forts. Par comparaison ils réalisent à quel point ils se crispent sans cesse dans leur ancienne manière de se mouvoir, se sentaient à l'étroit, limités dans leurs mouvements et mobilisaient trop de force.

Les processus induits au plan de la perception et de la prise de conscience permettent de saisir les schémas de mouvement et de pensée et montrent que les réactions habituelles sont la plupart du temps inconscientes et ne mettent pas obligatoirement à profit les ressources du corps. Par l'interruption consciente des stimuli habituels et avec des directives mentales contextuelles les clients apprennent à éviter les schémas nuisibles à la santé et à mettre en place des comportements constructifs concernant leur façon de penser et de se mouvoir.

Les clients ressentent le processus thérapeutique comme un chemin permettant de renforcer leurs compétences d'auto-efficacité et de guérison. En appliquant les principes de la Technique Alexander ils parviennent progressivement à construire plus consciemment et avec une plus grande attention leurs actions au plan physique et mental en mobilisant la quantité d'énergie adéquate.

¹ « *La vie n'est jamais rétrécissement, la vie est expansion, embrassement, la vie est croissance en tout.* »

² Clients et clientes.

3 Histoire et philosophie

3.1 Histoire

3.1.1 Origine

Les principes de la Technique Alexander ont été développés sur une longue période vers la fin du 19^{ème} siècle et son concepteur, le comédien et récitant australien, *Frederick Matthias Alexander (1869-1955)*, les a enseignés en tant que méthode depuis environ 1894.

F.M. Alexander est né en 1869 à Wynyard sur la côte Nord-Ouest de la Tasmanie. A l'âge de 20 ans il partit pour Melbourne où il suivit une formation de récitant. Très rapidement il s'est fait un nom en tant que récitant de textes de Shakespeare et d'autres auteurs dans différentes villes de Tasmanie et d'Australie. Dans cet exercice Alexander fut de plus en plus souvent confronté à des problèmes respiratoires et d'enrouement pour lesquels il consulta divers médecins et professeurs de diction. Ménager sa voix lui apporta un soulagement temporaire. Mais à chaque reprise de son activité l'enrouement resurgissait. Alors qu'il avait ménagé sa voix pendant deux semaines dans la perspective d'un engagement important, aucun enrouement ne venait perturber le début de sa performance. Puis son état se détériorait à nouveau jusqu'à déboucher sur une extinction de voix complète.

Alexander en déduisit que son enrouement devait être directement lié à sa manière de réciter, à la manière de se tenir (L'usage de soi → 4.1.3). Il décida alors de s'observer afin de trouver ce qui se passait en lui au cours de ces difficultés. Cet objectif a déterminé sa démarche empirique qui a constitué le début du développement de la méthode.

3.1.2 Développement

F.M. Alexander commença à s'observer systématiquement sur une longue période à l'aide de miroirs et de nombreuses expériences.

Avec le temps il remarqua qu'il rejetait sa tête en arrière lorsqu'il commençait à réciter, qu'il exerçait une pression sur son larynx et qu'il n'aspirait l'air que par la bouche en effectuant un chuintement.

Peu à peu il découvrit que l'habitude de rejeter la tête en arrière avait un effet néfaste sur sa voix. Parallèlement il nota un raccourcissement, un tassement de toute sa stature en raison d'une tension musculaire excessive dans tout son organisme. Il soulevait en effet le thorax, cambrait le dos, poussait le bassin vers l'avant, contractait les muscles des fesses et des jambes et tentait d'agripper le sol avec les pieds. Ce comportement dont il commença à prendre conscience dans les miroirs était devenu une habitude chez lui.

Par une auto-observation et une expérimentation systématiques, Alexander reconnut que la relation entre la tête, le cou et le torse jouait un rôle déterminant pour la coordination et le fonctionnement de l'ensemble de l'organisme.

Après cette première constatation Alexander chercha longtemps, en utilisant la même procédure, les moyens et les façons de mettre fin à sa réaction habituelle lorsqu'il devait réciter. Il tenta de remédier au tassement de sa stature en pensant que sa tête pouvait aller vers le haut et vers l'avant ; mais lorsqu'il commençait à réciter le miroir lui montrait qu'il retombait dans le schéma, le travers habituel, même s'il pensait et percevait le contraire. Alexander découvrit ainsi la *relation directe entre un stimulus et la réaction, réponse habituelle à celui-ci* (→ 4.1.5). Il releva de même qu'il ne pouvait pas se fier à son ressenti, à sa perception sensorielle, s'il voulait parvenir à un nouveau comportement (*perception sensorielle erronée* → 4.1.4).

Au cours d'autres expériences Alexander s'exerça à ne pas réagir au stimulus « vouloir réciter » (*Inhibition* → 4.2.3.1) et à se donner à la place des *instructions mentales* (→ 4.2.3.2) qui devaient l'empêcher de trop se crispier et de raccourcir sa stature. Pour cela il projetait l'idée que *son cou doit sur tout son pourtour être libre de tensions, que sa tête doit pouvoir aller aussi bien vers l'avant que vers le haut et que son torse, en particulier son dos doit pouvoir s'allonger et s'élargir*. Mais au moment critique, à savoir au moment où il décidait de réaliser l'objectif arrêté, il voyait

une fois de plus que la décision d'agir déclenchait une nouvelle fois le même schéma comportemental malheureux.

Sur la base de cette constatation Alexander modifia une nouvelle fois la procédure utilisée jusqu'avant ce point critique. Il fit une pause et repensa son objectif, vouloir réciter, pour décider consciemment d'y renoncer ou de se décider pour une autre action, par ex. lever le bras ou finalement réaliser son objectif premier, réciter un texte. Il relia tant la préparation de l'action que sa réalisation avec la projection des directives, des instructions mentales.

C'est par cette procédure qu'Alexander réussit finalement à obtenir le résultat escompté. Après des mois d'expérimentations – au cours desquels il constata la relation existant entre le désir d'agir, sa réaction habituelle à ce désir et son besoin de percevoir son action comme juste – Alexander réalisa qu'il devait vraiment stopper sa réaction immédiate à un stimulus et qu'il devait envisager d'autres réactions possibles. Il modifia donc ainsi son idée initiale de la récitation et son évaluation du tonus physique nécessaire à cette activité.

Alexander découvrit ainsi une voie indirecte pour soulager son enrouement. Il reconnut l'importance d'une tête en équilibre par rapport à la colonne vertébrale et de sa force intégrante sur l'ensemble du corps au sens d'un *contrôle primaire* (→ 4.1.2). Il a par conséquent renforcé cette force *autorégulatrice par un enrayement conscient, respectivement une suppression du schéma corporel gênant, en envisageant comme objectif d'autres variantes de mouvement et en utilisant des directives mentales dans la préparation et l'exécution du mouvement choisi*. Grâce à cette procédure Alexander améliora le fonctionnement de l'ensemble de son organisme et réussit à se libérer de ses symptômes et de ses problèmes.

L'efficacité probante de sa méthode suscita l'intérêt de ses congénères et incita Alexander à transmettre ses découvertes à d'autres.

A partir de là des personnes souffrant de divers problèmes s'adressèrent à lui. En plus de son œil avisé, il mettait de plus en plus ses mains à contribution. Par le contact manuel, le toucher, il pouvait déceler les plus petits dysfonctionnements du contrôle primaire. Il pouvait aussi à l'aide de ses mains guider ses clients dans leur mouvement et simultanément les empêcher de réagir selon leur habitude et ainsi les faire expérimenter une nouvelle façon de se mouvoir, aisée et bénéfique bien qu'inconnue. Avant de toucher quelqu'un avec ses mains et pendant toute la durée du contact il était en permanence conscient de son usage de soi (→ 4.1.3) et par le biais de l'inhibition et de directives mentales positives il pouvait renforcer la force intégrante de son contrôle primaire, et par le contact la laisser se développer directement chez son vis-à-vis. Ces personnes se familiarisaient ainsi petit à petit avec sa procédure qui en fin de compte contribuait à améliorer leur usage de soi et à faire disparaître leurs symptômes.

F.M. Alexander découvrit ainsi que l'utilisation de ses mains – toujours guidées par la coordination de son propre contrôle primaire – constituait un « outil thérapeutique » direct (→ 6.3.1 et 6.3.2).

3.1.3 Etablissement de la méthode

En 1904 Alexander gagne l'Angleterre où il ouvre un cabinet à Londres, sur Ashley Place, afin de diffuser son travail. Ce qu'il parvient à faire rapidement avec succès.

Après la publication de divers petits articles son premier livre, **Man's Supreme Inheritance**, paraît en 1910.

Il quitte provisoirement Londres pour New York au début de la première guerre mondiale. Les 10 années suivantes il travaille alternativement six mois à Londres et six mois à New York et Boston où il compte John Dewey au nombre de ses élèves.

John Dewey (1859 – 1952), un philosophe, pédagogue et psychologue américain réputé s'est beaucoup engagé pour la diffusion de la méthode. Il a aussi écrit l'avant-propos de la deuxième édition de *Man's Supreme Inheritance* (ainsi que ceux des deux livres suivant d'Alexander). La notoriété d'Alexander s'est ainsi accrue et ses idées ont aussi pénétré le monde universitaire.

En 1923 il publie son deuxième livre, **Constructive Conscious Control of the Individual**.

En 1924 il fonde une école à Londres pour des enfants de trois à huit ans, où l'enseignement repose sur la pédagogie de Montessori et les principes de la Technique Alexander.

En 1931 il ouvre un cours sur trois ans destiné à former les futurs enseignants de la Technique Alexander.

En 1932 paraît son troisième livre, **The Use of the Self**.

Sa méthode gagne les faveurs d'un nombre toujours plus grand de donateurs et de défenseurs influents. Des personnalités de premier plan des milieux artistique et scientifique deviennent ses élèves, notamment Bernard Shaw, Aldous Huxley, Anthony Ludovici, le professeur George E. Coghill, Peter Macdonald.

Durant sa vie sa méthode gagne en notoriété grâce à l'important soutien de femmes influentes, entre autres de Esther Lawrence, Margaret Naumburg, Irene Tasker, Ethel Webb et Lulie Westfeldt.

Pendant la seconde guerre mondiale Alexander repart en Amérique de 1940 à 1943, où il ouvre également une école pour former les futurs enseignants de sa méthode.

En 1941 son quatrième livre, **The Universal Constant in Living**, est publié en Amérique.

L'avant-propos est rédigé par un américain célèbre, George Ellett Coghill, professeur de biologie et d'anatomie comparée.

De retour à Londres, Alexander travaille avec succès au développement et à la transmission de sa méthode tout en continuant son activité de formateur et d'enseignant dans son cabinet privé. Des médecins renommés comme le spécialiste en neurophysiologie et prix Nobel, Sir Charles Sherrington, l'anthropologue et professeur Raymond Dart ou encore le prix Nobel de physiologie, Nikolaas Tinbergen, s'intéressent à son travail et soutiennent ses découvertes empiriques par des articles et des conférences.

En plus de ces principaux ouvrages, Alexander publie encore de nombreux papiers.

Après sa mort en 1955 de nouvelles écoles ont vu le jour. Elles ont contribué à une plus large diffusion de sa méthode, tout d'abord en Angleterre et en Amérique, puis dans le monde entier.

3.2 Philosophie

La Technique Alexander repose sur une découverte pragmatique faite de manière empirique. Ce que je pense et ce que je fais, s'influencent mutuellement, ne peuvent être dissociés et constituent une entité. Alexander a dénommé cet ensemble composé du corps, du mental et de l'esprit le **soi**. Un « mauvais usage de soi » était à l'origine des symptômes de l'« enroutement » et des autres problèmes d'Alexander. Il en a conclu qu'un « mauvais usage de soi » est à l'origine de toutes sortes de symptômes, qui en fonction de l'intensité du stimulus (le déclenchement) peuvent être plus ou moins évidents. Il ne s'agit donc pas de s'attaquer aux symptômes, mais bien de commencer par le soi, qui fonctionne comme un tout.

Le travail de F.M. Alexander peut être principalement relié au **Pragmatisme** selon *William James*, psychologue et philosophe américain (1842-1910) et *John Dewey*, philosophe pédagogue et psychologue américain (1859-1952).

William James a porté un grand intérêt au travail d'Alexander. Déjà dans les premiers papiers d'Alexander on peut voir l'influence de l'œuvre principale de James, *Principles of Psychology*, 1890. James a introduit la méthode empirique dans la psychologie – à la fois expérimentale et phénoménologique – et établit ainsi la psychologie scientifique en tant que discipline indépendante en Amérique du Nord. Lorsque plus tard la psychologie expérimentale européenne prend pied en Amérique, qui ne reconnaît comme scientifiquement valables que les données observables du dehors, William James trouve cette échappatoire triviale et mièvre. Il défendra jusqu'à la fin de sa vie l'approche introspective de l'individu et son « fonctionnalisme » face au dualisme corps/âme et au positivisme, cela aussi en tant que président de la Société de psychologie américaine (APA).

Le « fonctionnalisme » selon James, à savoir la relation entre *structure et fonction*, souligne le rapport interactif entre le corps, le mental et l'esprit. Les processus mentaux sont fonctionnels au sens qu'ils aident un individu à « s'adapter » à son environnement. Les éléments de la conscience ne peuvent pas être analysés isolément car ils constituent une fonction du flux continu de la conscience, qui est toujours en interaction avec les actions de l'individu et son environnement. Pour John Dewey aussi l'interdépendance entre structure et fonction revêt une importance capitale. Cela se voit entre autres dans le fait qu'Alexander, après leur rencontre en 1916, a trouvé en John Dewey un de ses principaux soutiens. Dewey a aussi eu une grande influence sur ses livres et a écrit de nombreux éloges à leur sujet.

4 Modèle théorique fondamental

4.1 Concepts de la Technique Alexander

Le modèle théorique de la Technique Alexander repose pour l'essentiel sur l'interdépendance des concepts ci-dessous.

4.1.1 Le soi en tant qu'unité psychophysique

Corps, mental et esprit forment ensemble le *soi* et interagissent. Pensées et sentiments, qui naissent dans la tête, dépendent du corps, et inversement les sentiments et les pensées influent sur l'état physique et sur la façon d'agir. F.M. Alexander a appelé cela *unité psychophysique*.

L'individu a développé son soi au cours de son histoire personnelle et il est soumis avec son environnement à un processus de changement permanent. Il a la capacité de décider de penser et d'agir par lui-même. Il est acteur de sa vie et de sa santé. Il prend une part active à son destin, à sa vie et à sa santé.

Le libre arbitre exige de l'individu une attention continue face à lui-même et à son environnement. Santé et maladie sont incluses dans ce processus de l'attention et sont l'expression des forces autorégulatrices de l'individu.

4.1.2 Le contrôle primaire en tant que système autorégulateur

F.M. Alexander a découvert que l'interaction entre la tête, le cou et le torse joue un rôle déterminant dans la coordination et le fonctionnement de tout l'organisme.

Si cette interaction n'est pas entravée de sorte que la tête peut rester libre (non retenue) en relation avec la colonne vertébrale, l'organisme se contrôle en mode autorégulateur.

F.M. Alexander a appelé *contrôle primaire* (« Primary Control ») cette relation dynamique entre la tête et la colonne vertébrale concernant tout l'organisme et son contrôle sur le mouvement et le fonctionnement.

Ce contrôle intégrateur préserve la liberté de mouvement de tout l'organisme de façon à ce que l'énergie soit dirigée où désiré, sans pour autant créer des tensions à cet endroit ou ailleurs.

La forte concentration de récepteurs dans la région sous-occipitale ne sert pas uniquement à l'ajustement moteur subtil de l'équilibre de la tête. Les signaux émis de cet endroit jouent aussi un rôle déterminant dans l'information des organes qui contrôlent la posture, le mouvement et le fonctionnement de l'ensemble du corps. Cet aspect est si dominant que les muscles autochtones profonds de la nuque ne doivent pas être considérés en premier lieu comme des unités motrices essentielles. Ils sont tout d'abord un système de récepteurs qui – aussi en relation avec la vue, l'ouïe et l'odorat – assure le *contrôle général des mouvements et du fonctionnement de tout l'organisme*.

F.M. Alexander a observé sur lui-même que la force de ce contrôle autorégulateur peut être entravée par une interférence musculaire générée par l'individu.

Une entrave au déploiement du contrôle primaire se reflète dans l'*usage de soi* (→ 4.1.3) de l'individu avec le manque d'aisance physique qui en résulte au sens « d'une mauvaise répartition du tonus musculaire » caractérisée par « une trop forte tension ici associée à un manque de tension ailleurs », le tout souvent couplé à divers symptômes physiques.

4.1.3 L'usage de soi

F.M. Alexander a décelé au cours de sa recherche que dans l'ensemble de l'organisme toutes les parties du corps travaillent en interdépendance. Toute modification dans une partie du corps a des répercussions sur l'ensemble. L'usage que l'individu fait continuellement de tout son organisme est désigné par Alexander comme l'*usage de soi* (« Use of the Self »).

Grâce à son auto-observation minutieuse alors qu'il récitait, il a pu détecter que son usage de soi habituel raccourcissait sa stature en raison d'un excès de tension musculaire, ce qui réduisait la

force autorégulatrice de son contrôle primaire avec pour conséquences ses problèmes vocaux et respiratoires.

La qualité du contrôle primaire, au sens d'un effet intégrateur, se voit dans l'usage de soi que l'individu fait de lui-même. Cela tout spécialement en ce qui concerne la *relation entre la tête, le cou et le torse*, que l'on peut observer dans chaque mouvement et chaque posture.

En général nous ne sommes pas ou que partiellement conscients de la manière dont nous traitons notre corps et notre mental. Nous le devenons éventuellement lorsque des problèmes, des douleurs ou des maladies surviennent. Si nous parvenons à faire le lien entre les symptômes de notre mal-être et notre usage de soi et les pensées et sentiments qui vont de pair, alors nous créons un préalable indispensable au changement.

4.1.4 La perception sensorielle erronée

La perception sensorielle d'un individu est subjective. Il s'agit d'un processus individuel façonné par le corps, les émotions, les représentations et la biographie de l'individu. Nous nous percevons, ainsi que notre environnement, au travers des habitudes de perception que nous avons développées. Elles marquent notre usage de soi. Ces schémas de perception peuvent être en conflit avec un fonctionnement optimal du corps, du mental et de l'esprit. Ils peuvent limiter l'action du contrôle primaire et provoquer des déséquilibres psychophysiques.

F.M. Alexander a remarqué dans le miroir, qu'il ne faisait pas ce qu'il croyait faire et avait l'impression de faire. Il ne voulait plus raccourcir sa stature, mais lorsqu'il commençait à réciter, le miroir lui montrait qu'il retombait dans son travers habituel.

F.M. Alexander parle dans ce contexte de *perception sensorielle erronée* et de la nécessité de pouvoir développer une perception sensorielle objective en « apprenant par expérience » (→ 4.2 et 6.2.1).

4.1.5 La puissance de l'habitude

Les émotions influencent fortement notre comportement. Elles naissent dans notre mémoire des expériences sensorielles. Cette mémoire influe sur notre comportement en évaluant les situations actuelles par rapport aux expériences faites. Cette manière de procéder apporte constance et stabilité à notre personnalité. S'agripper à certains schémas au plan physique, mental et émotionnel limite cependant aussi notre choix parmi les nombreuses possibilités de réaction en principe à notre disposition.

La puissance de l'habitude peut de plus signifier que nous tenons à des comportements physiques pouvant, le cas échéant, avoir des effets négatifs sur notre santé.

La prédominance de telles habitudes peut être décelée par une prise de conscience et une mise en évidence des expériences sous-jacentes faites et des schémas de pensée qui y sont rattachés, puis abordée au plan psychophysique.

4.2 Transposition dans la procédure thérapeutique

4.2.1 Transmission de nouvelles expériences sensorielles

Les schémas de mouvement et de pensée sont nés de la répétition d'expériences qui ont été mémorisées dans les réseaux neuronaux du cerveau au fil du temps.

Si un individu veut changer certains comportements, il s'oriente au répertoire des modes de penser et de se mouvoir à sa disposition, ce qui limite encore toujours sa marge de manœuvre.

Si l'on rencontre une personne avec l'habitude de remonter les épaules et qu'on lui en fasse la remarque, elle va généralement essayer de tirer ses épaules vers le bas en déployant de gros efforts, créant ainsi un nouveau déséquilibre. Tant le haussement que l'abaissement des épaules est guidé par un usage de soi inconscient qui exige la mobilisation musculaire habituelle qui entrave l'action, le fonctionnement du contrôle primaire.

C'est sur ce point qu'intervient la Technique Alexander en transmettant de nouvelles expériences au plan sensoriel par un travail à l'aide du contact manuel et du mouvement (→ 6.3.1 et 6.3.2).

L'effet intégrateur du contrôle primaire du client est renforcé de façon continue par le léger

contact des mains du thérapeute. Ses mains guident simultanément le client dans un mouvement tout en continuant à renforcer l'influence équilibrante du contrôle primaire.

La transmission d'expériences sensorielles nouvelles a pour objectif de permettre à la force autorégulatrice du contrôle primaire d'agir librement ; c'est le *début* d'un changement de l'usage de soi suivi d'un processus de guérison et de récupération. Les clients trouvent les nouvelles expériences dans leur façon de se tenir debout, de s'asseoir, de se lever, de marcher, etc. aisées et agréables, mais en général *étranges, inhabituelles* (car pas encore mémorisées au plan neuronal).

4.2.2 Intégration des nouvelles expériences sensorielles

Les nouvelles expériences sensorielles reposent sur des processus psychophysiques. Si elles doivent élargir notre répertoire durablement, il est nécessaire de les répéter, de mener une réflexion cognitive, de les évaluer et de les classer en tenant compte de l'ensemble du corps, des émotions et des pensées, ainsi que de leur interaction mutuelle.

Cette localisation psychophysique d'une nouvelle expérience établit le lien avec les expériences mémorisées qui, généralement inconscientes, agissent sur nous sous forme d'habitudes et façonnent notre usage de soi avec la puissance correspondante.

Les clients découvrent, par une prise de conscience sensorielle, par des expériences de mouvements guidés, par la transmission et par l'expérience des ressources physiques en relation avec leur façon de penser et de juger, quels sont *les schémas de perception et de jugement* qui les poussent vers leurs habitudes inconscientes. En chemin ils dépistent leur réaction au stimulus habituelle, voient ses conditionnements et peuvent les classer émotionnellement. Les clients peuvent décider soit de trouver cohérents leurs schémas habituels soit de consolider les nouvelles expériences.

Un travail régulier à l'aide du toucher et du mouvement dans le cadre de la Technique Alexander permet d'ancrer la nouvelle expérience sensorielle. Le déséquilibre musculaire est remplacé peu à peu par une utilisation judicieuse des muscles dans l'ensemble de l'organisme. De cette manière un changement s'opère en direction d'une perception sensorielle fiable.

4.2.3 Etablissement des nouvelles expériences sensorielles

Si l'*autocontrôle* n'est pas inné chez l'individu, la capacité de l'*acquérir* l'est. Un autocontrôle acquis permet de faire le lien entre les stimuli et leur contrôle. Les automatismes stimulus/réponse peuvent ainsi être interrompus.

Dans la Technique Alexander les clients apprennent, au moyen de l'inhibition des stimuli habituels et de directives, d'instructions adaptées au contexte, à éviter les schémas nocifs pour la santé et à établir et consolider de nouvelles expériences sensorielles *en les auto-contrôlant*. De cette manière ils peuvent modifier leur usage de soi de façon à ce qu'il vienne renforcer l'influence autorégulatrice du contrôle primaire.

4.2.3.1 Inhibition

La capacité de *ne pas* répondre à des stimuli externes ou internes est appelée *inhibition*.

Les habitudes sensorielles qui limitent le contrôle primaire dans son action peuvent être endiguées consciemment au moyen de l'*inhibition* (s'arrêter).

L'inhibition est un processus mental qui introduit une pause entre le stimulus et la réponse et permet d'éviter la réaction habituelle et immédiate. Elle a donc un caractère préventif.

L'inhibition ouvre des marges de manœuvre. Cela permet d'envisager des chemins alternatifs pouvant mener au but. L'objectif en tant que tel peut aussi être vérifié. Pas tous les buts, même si nous les poursuivons avec attention, font a priori sens.

L'inhibition interrompt le déroulement habituel et donne la liberté de reconsidérer sa décision.

L'inhibition est une condition – en relation avec la directive, instruction mentale – pour établir peu à peu un nouvel usage de soi et pour interférer moins dans l'action équilibrante du contrôle primaire.

Les thérapeutes rendent d'abord l'inhibition tangible pour le client à l'aide du contact manuel et du mouvement. Ils empêchent ainsi le déroulement du schéma stimulus-réponse habituel,

inconscient, et transmettent simultanément une nouvelle expérience. Ensuite la localisation psychophysique permet aux clients d'analyser le schéma stimulus-réponse et de décider s'ils veulent conserver ce contrôle habituel ou bien renforcer la nouvelle expérience sensorielle en décidant d'interrompre ce schéma avec l'inhibition.

4.2.3.2 Instruction mentale

La pause créée par l'inhibition permet de se donner *des instructions mentales* (« clien »), qui ont pour but de soutenir l'action du contrôle primaire dans l'activité choisie.

Les directives mentales – comme l'inhibition – ont une fonction préventive.

Dans la foulée de l'inhibition, la séquence coordonnée de directives précises – lorsqu'on y a *recours en tant que pensées sous forme de projections* – permet d'éviter de réactiver les schémas familiers et restreignants lors de la réalisation d'un objectif (par ex. vouloir parler) et simultanément de favoriser la mise en place d'un nouvel usage de soi pour obtenir la meilleure influence possible du contrôle primaire.

Ci-dessous la directive centrale, telle que F.M. Alexander l'a développée dans le cadre de ses expériences (→ 3.1.2) :

- « Je désire que mon cou soit libre de toute tension sur tout son pourtour,
- *afin que* la tête puisse aller vers l'avant et le haut et rester librement en équilibre la-haut,
- *de manière à ce que* le dos puisse s'allonger et s'élargir ».

La première partie de cette instruction ne veut rien dire d'autre que laisser son cou en paix, donc de ne pas mobiliser de force musculaire à cet endroit. Si nous parvenons à laisser notre cou en paix dans toutes ses dimensions, alors notre tête – sans notre intervention – ira vers l'avant et vers le haut. Cela signifie qu'elle peut rester en équilibre sans être rejetée vers l'arrière et vers le bas et fixée sous l'effet de notre intervention. Une fois la tête en équilibre dynamique, le dos s'allonge et s'élargit. Il ne se raccourcit ni ne se rétrécit à cause d'une tension musculaire inutile. Notre colonne vertébrale peut ainsi travailler pour nous.

Toujours en relation avec cette directive centrale d'autres directives peuvent être adressées à d'autres parties du corps comme les bras et les genoux, en fonction du contexte.

Les directives mentales deviennent tangibles pour les clients d'abord *indirectement* grâce à l'aide des thérapeutes. Lorsqu'ils travaillent en faisant appel à leurs mains et au mouvement, ils contrôlent en permanence leur propre usage de soi à l'aide de l'inhibition et de directives mentales. Ils peuvent ainsi adresser l'action autorégulatrice du contrôle primaire chez eux et chez les clients et le renforcer.

Lorsque les clients se sont suffisamment familiarisés avec le concept des directives mentales, ils apprennent à les projeter eux-mêmes en tant que pensées pendant que les thérapeutes les guident par le toucher dans l'activité choisie.

Lors des étapes suivantes les clients projettent eux-mêmes les directives et se guident eux-mêmes dans l'activité choisie. Avec le temps ils trouvent des directives personnelles qui les soutiennent dans leur autocontrôle.

5 Formes de l'anamnèse

L'anamnèse considère la personne en tant qu'unité psychophysique. Dès le début il lui est demandé de participer activement. Elle doit réaliser que sa perception sensorielle personnelle, ses jugements, ses observations et explications, ses questions et ses réserves sont au centre et que ses ressources sont essentielles pour la thérapie qui va suivre.

L'anamnèse permet de voir si la Technique Alexander est une méthode qui convient à la personne concernée. Si oui, l'anamnèse constitue la base sur laquelle les thérapeutes complémentaire méthode Technique Alexander commence le processus thérapeutique à proprement parler en collaboration avec les clients.

Les informations collectées reflètent l'état actuel des clients. Celui-ci se modifiera au cours du processus thérapeutique. Il revient aux thérapeutes d'évaluer continuellement le processus avec les clients, afin qu'ils prennent conscience des changements survenant dans leur état psychophysique et les intègrent.

5.1 Attentes, problèmes, ressources

Les thérapeutes en Technique Alexander se penchent avec la personne concernée sur les questions suivantes :

- Qu'est-ce qui motive la personne pour apprendre la Technique Alexander ?
- Quelles sont ses besoins, attentes, objectifs ?
- Quelles sont ses points faibles, ses problèmes ? Depuis quand et de quel type sont-ils ?
- Quels sont les facteurs qui les réduisent ou les aggravent ?
- Quels sont les déclencheurs possibles et quelles sont les démarches entreprises jusqu'ici ?
- Comment évalue-t-elle :
 - ses ressources physiques, mentales, sociales, matérielles et en temps disponible,
 - sa situation professionnelle et privée actuelles,
 - son degré de satisfaction,
 - son degré de sollicitation,
 - l'équilibre entre travail et vie privée ?
- Existe-t-il une relation entre sa situation professionnelle et privée et ses problèmes ?
- Quels sont les points forts qui l'aident dans la gestion de son quotidien ?
- Existe-t-il des rapports médicaux / des diagnostics ?
- A-t-elle déjà suivi d'autres thérapies pour le même problème ?
- Quels sont les objectifs, les procédures et les limites de la Technique Alexander ?

5.2 Anamnèse concernant l'usage de soi

Au cours du dialogue les thérapeutes évaluent par le biais de leur travail avec les mains et le mouvement (→ 6.3.1 et 6.3.2) l'usage de soi (→ 4.1.3) de la personne et simultanément le fonctionnement du contrôle primaire (→ 4.1.2).

Les thérapeutes vérifient ainsi visuellement, tactilement et kinesthésiquement la qualité de la relation entre le cou, la tête et le torse qui se reflète dans la posture et les mouvements de la personne. Des constatations acoustiques et des informations complémentaires viennent compléter le tableau de l'usage de soi.

Perception tactile (au moyen du toucher et du mouvement induit par les thérapeutes) :

- forme du corps
- mouvements respiratoires
- tonus musculaire
- qualité de la mobilité de la tête, des bras et des jambes
- coordination des différentes parties du corps dans la posture et dans le mouvement
- liberté de la tête par rapport au cou et au torse, aux bras et aux jambes
- etc.

Perception visuelle :

- contact visuel ; regard : clair, doux, replié sur soi, égaré, fixe, vague, etc.
- posture : calme, maintenue, raide, tassée, etc.
- rapport entre les parties du corps en position debout, assise et à la marche, etc.
- rapport à l'espace et aux surfaces de support : sol, place, dossier, table, etc.
- direction du mouvement : quelle partie du corps dirige le mouvement lorsque la personne parle, marche, s'assoit, se lève, etc.
- liberté de la tête par rapport au cou et au torse, aux bras et aux jambes
- etc.

Perception acoustique :

- voix (soutenue, harmonieuse, forte, aiguë, retenue, stressée, traînante, etc.)
- bruits respiratoires (lorsque la personne parle ou pas, bouge)
- bruits à la marche

Informations complémentaires :

- où se situe le mal-être de la personne, ses tensions, ses problèmes ?
- où se sent-elle bien, équilibrée, soutenue, mobile ?
- qu'est-ce qui lui plaît dans son expression et dans sa manière de bouger ?

- comment évalue-t-elle sa forme physique ?
- quelles sont ses représentations anatomiques/physiologiques ?
 - où se situe, selon elle, sa colonne vertébrale ?
 - où situe-t-elle ses articulations ?
 - que croit-elle devoir faire pour pouvoir s'asseoir, se lever, marcher ?
 - etc.

5.3 Décision / planification

Après l'anamnèse les thérapeutes complémentaires en Technique Alexander examinent avec la personne les différentes informations réunies pour vérifier si la Technique Alexander est une méthode susceptible de répondre à ses besoins au niveau de l'efficacité, de l'efficacité et économique.

Au cours de ce processus les thérapeutes tiennent compte

- des examens médicaux et des diagnostics
- des risques aigus d'ordre psychique et/ou physique qui nécessitent d'autres mesures ou des mesures complémentaires
- des problèmes, qui nécessitent, avant de recourir à la Technique Alexander ou parallèlement, des examens médicaux et le cas échéant un traitement
- des attentes démesurées que la Technique Alexander ne pourrait pas satisfaire

Si le/la thérapeute et le/la client/e décident d'un commun accord d'entreprendre une thérapie, ils conviennent

- des objectifs, des critères de changement et d'évaluation et
- d'un plan thérapeutique qui tient compte aussi bien des besoins que des moyens financiers et du temps disponible de la personne.

6 Concept de la thérapie

Les observations ci-après s'appuient sur les

- chapitre 4 : Concepts de la Technique Alexander et transposition dans la procédure thérapeutique et
- chapitre 5 : Formes de l'anamnèse.

6.1 Objectifs de la thérapie

6.1.1 Renforcement de l'action autorégulatrice du contrôle primaire

Comme déjà mentionné la Technique Alexander a pour objectif de renforcer chez l'individu l'action, le fonctionnement du contrôle primaire (→ 4.1.2) en tant que force autorégulatrice.

Si cette force équilibrante est soumise à des influences perturbatrices, alors des déséquilibres surviennent dans tout l'organisme. Ils peuvent se manifester sous la forme de problèmes les plus divers.

La qualité de l'activité du contrôle primaire se voit dans l'usage de soi (→ 4.1.3) des clients. C'est pourquoi la Technique Alexander a pour point de départ leur usage de soi. Les clients expérimentent et acquièrent par le biais du travail par contact manuel et le mouvement – couplé à des directives et à un dialogue – un autocontrôle. Cet autocontrôle leur permet de faire le lien entre les stimuli et leur contrôle, d'éliminer les automatismes stimulus-réponse nuisibles à la santé et de consolider un nouveau comportement dans leur manière de penser et de bouger, qui renforce l'action autorégulatrice du contrôle primaire. Cette démarche conduit à une amélioration du fonctionnement de tout l'organisme et déploie des effets positifs sur les problèmes en cause.

6.2 L'approche thérapeutique et son mode d'action

6.2.1 Apprendre par l'expérience

6.2.1.1 Phases de la procédure

Pour parvenir à l'autocontrôle, *l'apprentissage par l'expérience* (→ 4.2) joue un rôle central dans la Technique Alexander.

L'apprentissage au travers de l'expérience repose sur les bases neuropsychologiques de l'apprentissage. Cela se fait en trois phases :

- a. transmettre une nouvelle expérience sensorielle
- b. travailler sur la nouvelle expérience et
- c. établir et consolider la nouvelle expérience.

Le respect de la séquence des phases de cette procédure est impératif. Toutes les trois sont respectées dans chaque séance thérapeutique et tout au long de la durée de la thérapie, quoique dans des proportions différentes, toujours en adéquation avec la situation des clients.

Ce processus d'apprentissage que les thérapeutes complémentaires de la Technique Alexander élaborent avec les clients se déroule sur un mode *circulaire* :

- transmettre une nouvelle expérience sensorielle
- garantir que la nouvelle expérience est évaluée de manière positive
- faire prendre conscience de l'expérience habituelle au plan sensoriel et du mouvement
- reconnaître certains facteurs de la nouvelle expérience et faire le lien avec l'expérience faite jusqu'à ce moment
- répéter la nouvelle expérience dans différentes conditions et l'interconnecter par divers canaux au plan neuronal
- activer la nouvelle expérience à l'aide de l'inhibition et des directives mentales durant la thérapie, dans des exercices de transfert et finalement dans la vie quotidienne
- vérifier le transfert.

Les clients refont l'expérience de *l'apprentissage au travers de l'expérience* dans une grande diversité de *champs d'expérimentation* (→ 6.3.3), afin que les nouvelles connexions neuronales du nouveau comportement s'établissent dans le système nerveux.

6.2.1.2 Exemple pour la procédure thérapeutique

a. Transmettre une nouvelle expérience sensorielle

Si un individu souffre très rapidement de douleurs au dos lorsqu'il est debout, il ressentira la position debout comme quelque chose de désagréable. Dans la Technique Alexander les thérapeutes lui transmettent à l'aide du toucher et du mouvement une nouvelle façon de se tenir debout, qu'il trouvera tout à coup moins pesante. Il fait ainsi une expérience importante. Se tenir debout ne doit pas obligatoirement être pénible. Mais il ne peut pas encore la renouveler seul, car s'il le faisait, il réactiverait automatiquement son répertoire de mouvements familiers et se tiendrait à nouveau debout de manière contractée.

b. Travailler sur la nouvelle expérience

Dans la suite du processus il découvrira par l'intermédiaire du travail par contact manuel et de mouvements variés dans divers *champs d'expérimentation*, associés à des aides comme un miroir, un squelette, une planche anatomique, des illustrations, etc. quelles sont ses ressources psychophysiques et comment il peut les utiliser pour se sentir mieux (principes de la Technique Alexander, concept de l'autocontrôle par le biais de l'inhibition et des directives mentales, gravité et résistance, squelette, articulations, musculature, etc.).

L'expérience de l'ancienne et de la « nouvelle » manière de se tenir debout lui permet peu à peu de saisir comment il limitait jusqu'ici la force intégrante du contrôle primaire par son usage de soi. Tout son poids reposait presque uniquement sur les talons, les jambes étaient écartées, le bassin basculé vers l'avant et le haut et le torse vers l'arrière, le cou et la tête tirés vers l'avant et le bas, les bras étaient croisés étroitement sur la poitrine. Au début de la thérapie avec la

Technique Alexander et sans regarder dans le miroir il avait l'impression de se tenir « droit » lorsqu'il était debout.

Plus avant dans le processus il découvre, au travers du toucher, du mouvement, d'une observation et d'une prise de conscience guidée, qu'une partie de ses habitudes en position debout déterminent aussi sa façon de s'asseoir et de marcher. Dans des expériences de mouvement il prend en plus conscience de comment chacun de ses comportements, par ex. mettre le poids uniquement sur les talons, se répercute sur l'ensemble de l'organisme.

Par un travail régulier à l'aide du contact manuel et du mouvement effectué par le/la thérapeute, un tonus musculaire adéquat s'installe peu à peu dans l'ensemble de l'organisme et une perception sensorielle plus fiable se met en place dans la foulée. Une attention dirigée et guidée sur ce qui se passe au niveau physique lui permet de développer toujours mieux sa connaissance de l'aspect kinesthésique, de l'efficacité dans l'interdépendance des mécanismes et des fonctions du corps. Dans sa nouvelle façon de se tenir debout, de s'asseoir, etc. il arrive de mieux en mieux à se percevoir en relation avec ses ressources psychophysiques.

Il constate que sa nouvelle façon de se tenir debout lui apporte du bien-être. L'image que lui renvoie le miroir lui plaît, mais il se sent un peu mal à l'aise sans les bras croisés sur la poitrine. Il se sent « exposé », car « on le voit » bien mieux comme ça. Après réflexion avec le/la thérapeute il arrive à la conclusion qu'il n'a rien à cacher. Même si inconsciemment il s'est tenu debout ainsi jusqu'ici. Cependant il lui est fondamentalement difficile d'être tout simplement debout sans rien faire. Et si c'est dans un groupe où il faut toujours parler, cela empire. Au fil du processus thérapeutique il détecte d'autres schémas de pensée qui l'ont dirigé jusqu'ici, sans les avoir consciemment choisis.

c. Etablir et consolider la nouvelle expérience

Au cours des prochaines étapes il parvient à intérioriser de mieux en mieux le concept d'autocontrôle. Il est capable d'influer positivement sur son usage de soi au quotidien. Il arrive même à se guider seul au moyen de l'inhibition et de directives mentales dans sa nouvelle manière de se tenir debout, de s'asseoir, de marcher et d'activer régulièrement cette façon équilibrée de faire. Ses problèmes de dos s'estompent. Il arrive à renoncer à l'idée de toujours devoir parler dans un groupe ; à la place il peut de plus en plus souvent décider consciemment d'écouter tout simplement ou de dire quelque chose consciemment.

Dans les heures de thérapie suivantes il parvient maintenant aussi à analyser des situations complexes (par ex. assister à la réunion de direction mensuelle dans son entreprise, après laquelle il se sent généralement tendu). Il apprend à utiliser dans ce cas aussi ses « outils », l'inhibition et les directives mentales, et à contrôler consciemment son usage de soi. Son contrôle primaire en tant que système autorégulateur peut opérer continuellement et sans entrave sur tout son organisme. Ce qui se traduit positivement sur son bien-être psychophysique.

6.3 Outils de la thérapie

6.3.1 L'usage de soi des thérapeutes complémentaires méthode Technique Alexander

La Technique Alexander travaille sur l'usage de soi (→ 4.1.3) des clients. C'est dans cet usage que l'on voit la qualité de l'action intégrante du contrôle primaire.

Les thérapeutes complémentaires méthode Technique Alexander influent sur l'usage de soi des clients par le toucher et le mouvement de façon à renforcer l'effet de la force autorégulatrice du contrôle primaire.

Les thérapeutes exercent ainsi avec leur propre usage de soi une influence sur celui des clients. Cela implique que les thérapeutes méthode Technique Alexander apprennent de manière approfondie, au cours de leur formation, à opérer par eux-mêmes une influence sur leur usage de soi, afin que leur contrôle primaire puisse agir sans entrave. Tout au long de leur formation ils apprennent à maîtriser cet autocontrôle de manière intensive et de multiples façons.

L'usage de soi psychophysique des thérapeutes est à vrai dire l'« outil thérapeutique » dans la Technique Alexander. Si l'action du contrôle primaire est gênée, notamment par une trop grande tension, ils ne peuvent guère exercer une influence positive sur l'usage de soi des clients ou

dans un mouvement guidé transmettre une nouvelle expérience renforçant le contrôle primaire des clients.

L'autocontrôle permanent des thérapeutes pour que leur contrôle primaire puisse toujours agir librement, revêt une *fonction capitale* dans leur travail par le contact manuel et par le mouvement avec les clients.

6.3.2 Travail effectué par les thérapeutes complémentaires méthode Technique Alexander par contact manuel et mouvement

Le *travail par contact manuel et mouvement centré sur le corps* a lieu dans chaque heure de thérapie en relation directe avec les étapes « transmettre, élaborer et établir une nouvelle expérience ».

6.3.2.1 Contact manuel, toucher

La qualité du contrôle primaire au sens d'une interdépendance intégrante se révèle dans l'usage de soi.

C'est tout spécialement la *relation entre le cou, la tête et le torse* qui se manifeste dans chaque posture ou mouvement.

Les thérapeutes sont entraînés à capter visuellement, tactilement et kinesthésiquement le caractère de cette relation.

De même ils ont été formés à agir par le contact de leurs deux mains sur la relation entre la tête, le cou et le torse des clients. Les mains ne doivent pas avoir pour intention d'induire elles seules un changement. C'est bien plus l'usage de soi des thérapeutes agissant par le biais du contact des mains qui - par une relation en permanence libre entre le cou, la tête, le torse - renforce la force équilibrante du contrôle primaire chez les clients de manière indirecte.

Le contact manuel décrit agit en principe indépendamment de l'endroit du corps des clients sur lequel les mains se posent et la position dans laquelle les clients se trouvent (assise, debout, couchée, etc.). Si cela n'exige aucune « technique manuelle », un usage de soi bien entraîné chez les thérapeutes est indispensable.

Si le toucher du/de la thérapeute doit guider les clients dans un mouvement (→ 6.3.2.2), les thérapeutes exercent *des contacts pertinents et usuels pour eux au niveau de la tête, du cou et du torse*.

6.3.2.2 Mouvement

Le toucher spécifique à la Technique Alexander peut empêcher les interférences habituelles des clients dans l'action intégrante de leur contrôle primaire. Partant de là il est possible de guider les clients au travers du toucher dans un mouvement tel que se lever à partir de la position assise ou se mettre à marcher.

Là aussi les mains n'ont une « fonction de guide » qu'en surface, car dans le contact l'*autocontrôle* des thérapeutes continue à *s'activer et à agir* de sorte que le mouvement choisi puisse se faire sans mobiliser trop d'énergie ou la mobiliser unilatéralement.

6.3.3 Champs d'expérimentation

La Technique Alexander utilise des procédures bien définies à partir de mouvements et de positions du corps.

Ces *champs d'expérimentation* servent au travers de l'*apprentissage par l'expérience* (→ 4.2 et 6.2.1) à rendre perceptibles, visibles et reproductibles les fondamentaux des mouvements de l'organisme humain.

La répétition des mêmes procédures tout au long du processus thérapeutique permet de plus aux clients et aux thérapeutes de saisir les moindres changements dans l'usage de soi et ainsi de prendre conscience des progrès.

L'apprentissage par l'expérience se fait dans la Technique Alexander dans des positions et des mouvements de tous les jours, comme *se tenir debout, marcher, s'asseoir* qui au plan du *stimulus* (par ex. « je veux m'asseoir sur la chaise ») sont très familiers. Mais qui ne le sont en

revanche pas lorsqu'ils sont dirigés d'une certaine façon par les thérapeutes, car ils contredisent la réaction habituelle.

La *position couchée*, est un autre champ d'expérimentation important. La position horizontale offre une énorme surface de support aux clients comparée à celle de la position assise ou debout. Associée au travail des thérapeutes par le toucher et le mouvement, elle leur permet d'expérimenter plus facilement sur eux-même les automatismes stimulus-réponse, de les interrompre et de mettre en place des façons de bouger favorisant l'action de la force intégrante du contrôle primaire. Le mouvement qui suit, la marche, se base sur les expériences faites en position couchée et les approfondit.

Lorsque les clients se sont déjà bien familiarisés avec les outils de l'autocontrôle (inhibition → 4.2.3.1 et directives, instructions mentales → 4.2.3.2) de nouvelles expériences sensorielles peuvent aussi être faites dans des champs d'expérimentation plus inhabituels comme par ex. : mains sur le dos de la chaise / « ah » chuchoté en relation avec la respiration et la voix / position de l'escrime / position accroupie / travail contre le mur / se mettre sur la pointe des pieds.

De plus les thérapeutes créent avec leurs clients des champs d'expérimentation sur mesure en relation directe avec la vie de ces derniers.

6.3.4 Dialogue accompagnateur spécifique

Le *dialogue accompagnateur* dans la Technique Alexander aide les clients à saisir, élaborer et intégrer les *nouvelles expériences sensorielles* faites par le biais du travail des thérapeutes, toucher et mouvement (→ 4.2.2 et 6.2.1).

Les thérapeutes transmettent en outre à leurs clients les connaissances anatomiques et physiologiques utiles, les concepts de la Technique Alexander et les étapes de la procédure thérapeutique. Ils les guident en particulier dans la compréhension du concept d'autocontrôle (*inhibition* et *directives, instructions mentales* → 4.2.3.1 et 4.2.3.2).

Outre la qualité du toucher et du mouvement spécifique à la méthode, l'échange direct entre les clients et les thérapeutes est très important pour le succès et la durabilité du processus thérapeutique. Le travail par le contact manuel et le mouvement procure non seulement aux clients une nouvelle expérience au plan physique, mais aussi au niveau mental et spirituel. Cela permet à un processus de prise de conscience et de changement de s'installer. Processus que le dialogue accompagnateur vient soutenir et renforcer.

Observation, impression et expérimentation se font dans un processus d'échanges entre clients et thérapeutes. Les retours des clients sur leur prise de conscience, leur état d'esprit, leurs réflexions et questions sont dès le début essentiels pour l'élaboration des étapes suivantes de la thérapie. Les anciennes habitudes physiques et les nouvelles expériences sont mises au jour par le dialogue. La comparaison entre « ancien » et « nouveau » permet aux clients de détecter leur schéma de perception et d'interprétation et ainsi de la dimension mentale et émotionnelle. Le dialogue accompagnateur aide les clients à comprendre comment des événements physiques, mentaux et spirituels se conditionnent directement mutuellement et à connaître leur usage de soi et ses effets psychophysiques sur eux.

En principe le dialogue accompagnateur encourage les clients

- à mieux se connaître et à évoluer
- à renforcer leurs ressources psychophysiques
- à influencer eux-même sur leur usage de soi et permettre ainsi indirectement à la force autorégulatrice du contrôle primaire d'agir
- à utiliser seuls les principes de la Technique Alexander acquis, en particulier l'autocontrôle pour l'amélioration de leur état psychophysique et leur épanouissement.

6.4 Aperçu du processus thérapeutique

Pour terminer, voici un résumé du processus thérapeutique du point de vue des clients et des thérapeutes complémentaires méthode Technique Alexander.

6.4.1

Les clients

- font de nouvelles expériences sensorielles qu'ils trouvent étranges mais bienfaitantes
- se familiarisent avec les interdépendances anatomiques et physiologiques principales et leurs effets sur l'usage de soi
- découvrent leurs propres habitudes de pensée et de mouvement et les schémas de perception et d'évaluation qui vont de pair
- apprennent qu'émotion, pensée et action sont liées de façon circulaire et sont interdépendantes
- reconnaissent leurs problèmes et soucis comme signaux d'un système d'alerte qui leur donne une chance et la responsabilité de mieux se connaître
- se familiarisent avec les principes de la Technique Alexander
- expérimentent le concept de l'autocontrôle (inhibition et directives, instructions mentales) et comment ils peuvent influencer sur leur usage de soi par son intermédiaire
- travaillent dans divers champs d'expérimentation et apprennent à
 - se donner de l'espace avec l'inhibition et à interrompre leur réponse directe à un stimulus
 - examiner des comportements alternatifs
 - opter pour un comportement alternatif possible
 - le réaliser au moyen de l'inhibition et des directives mentales et avec une qualité du contrôle primaire la meilleure possible
- intègrent régulièrement dans leur quotidien les sujets travaillés (devoirs personnels)
- adoptent une nouvelle manière de bouger, qui renforce la puissance autorégulatrice du contrôle primaire
- agissent avec leur usage de soi indirectement, eux-mêmes, sur leurs problèmes et peuvent les éviter ou les réduire en gérant attentivement leur vie privée et professionnelle et un investissement en énergie adéquat.

6.4.2

Les thérapeutes complémentaires Technique Alexander

- guident leurs clients par le toucher et le mouvement combinés à des instructions et des explications vers de nouvelles expériences sensorielles dans leur usage de soi (influence indirecte sur la qualité du contrôle primaire)
- guident les CL³ par le contact manuel et le mouvement vers l'expérience qu'il est possible d'agir sans interférence musculaire exagérée
- amènent les CL par le toucher et le mouvement couplés à des aides comme un miroir, un squelette à reconnaître et à interrompre (inhibition) les schémas mentaux et neuromusculaires, qui entravent le contrôle primaire
- amènent les CL par le toucher et le mouvement à initialiser, au moyen de l'inhibition et de directives mentales, une nouvelle manière de bouger qui est associée à un investissement en énergie adéquat
- encouragent les CL de faire part en tout temps de leurs observations, impressions, questions, etc. et intègrent leurs retours dans la suite du processus d'apprentissage
- observent et identifient régulièrement avec leurs CL les changements intervenant dans l'usage de soi et leurs répercussions sur leurs problèmes
- évaluent dans chaque séance avec les clients les devoirs convenus et insèrent les retours dans la suite du processus
- mettent en évidence les ressources dont les CL n'ont pas encore conscience, mais qui sont visibles chez les CL au cours du travail
- identifient chez les CL les comportements qui les amènent à se juger sévèrement et à exiger trop d'eux-mêmes et posent des questions ; encouragent l'analyse des schémas émotionnels et de pensée sous-jacents et initialisent des comportements alternatifs
- discutent avec les CL régulièrement le plan thérapeutique et l'adaptent au changement des besoins.

³ CL : clients et clientes.

7 Limites de la méthode / Contre-indication

La Technique Alexander n'initialise des processus de guérison qu'avec les outils spécifiques à la méthode, *le contact manuel et le mouvement accompagnés de directives et d'un dialogue*.

La Technique Alexander n'utilise pas de remèdes, pas d'appareils technique et ne blesse pas la peau.

La Technique Alexander s'adapte aux *capacités d'apprentissage de l'individu* malade ou en santé. Elle est applicable à toutes les activités humaines et a un effet préventif et curatif.

Dans les maladies sévères comme le parkinson ou la sclérose en plaques elle peut, le cas échéant, réduire les problèmes secondaires ou tout au moins apporter un soulagement.

La Technique Alexander n'engendre aucun effet secondaire et aucune contre-indication n'est connue.

Les thérapeutes complémentaires méthode Technique Alexander s'engagent

- à tenir compte correctement des diagnostics médicaux dans leur travail orienté sur le corps et les processus
- à recommander de faire appel à des spécialistes et à demander qu'ils soient consultés pour des problèmes qui exigent un examen et un traitement spécifique
- à mettre fin à la thérapie si aucune amélioration de l'autocontrôle et du bien-être n'est constatée.

8 Différenciation des compétences TC spécifiques à la méthode (optionnel)

9 Ressources spécifiques à la méthode

A. Compétences en thérapie complémentaire		
Normes et Règles		
	<ul style="list-style-type: none"> - Lois cantonales sur la santé - Bureaux d'enregistrement - Enregistrement auprès des diverses assurances-maladie - Principes de déontologie professionnelle et normes de comportement TC - Protection des données et devoir de discrétion dans la thérapie complémentaire 	
Connaissances		
	Identification de la méthode Technique Alexander – IDEMIT TA⁴	
1	- Désignation de la méthode / Bref descriptif / Principe / Concept thérapeutique / Limites de la méthode / Ressources spécifiques à la méthode / Positionnement par rapport à la médecine alternative et la médecine classique et d'autres méthodes	W3 ⁵
	Bases de la méthode de Frederick Matthias Alexander	

⁴ APSTA, IDMET TA, V3, 20150916.

⁵ Die Les niveaux taxonomiques sont fondés sur ceux de B.S. Bloom, mais sur un modèle simplifié à trois niveaux (cf. OrTra TC).

AlexanderTechnik SBAT La Technique Alexander APSTA

2	- Développement de la méthode / Use of the self	C3
3	- Histoire de la Technique Alexander	C2
4	- La Technique Alexander en tant que méthode de la thérapie complémentaire (objectifs, moyens, procédures)	C2
Concepts de la Technique Alexander		
5	- Unité psychophysique de l'individu	C3
6	- Perception sensorielle erronée	C3
7	- Contrôle primaire	C3
8	- Usage de soi	C3
9	- Puissance de l'habitude	C3
10	- Finalisme, foncer droit au but	C3
11	- Approche indirecte	C3
12	- Inhibition	C3
13	- Directives mentales	C3
Concept thérapeutique de la TA		
14	- Objectifs	C3
15	- Principes structurants	C3
16	- Phases du processus	C3
17	- Instruments de travail	C3
Champs d'expérimentation spécifiques de la TA		
18	- Les champs d'expérimentation tels que F.M. Alexander les a décrits et mis en pratique, et qu'ils ont été transmis par la « première génération »	C3
Connaissances en anatomie et en physiologie spécifiques de la TA⁶		
19	- Uniquement les aspects propres à la TA – Anatomie fonctionnelle : · Fonction du squelette et de la musculature dans l'organisation du mouvement · Connaissances approfondies de l'équilibre entre le crâne et la colonne vertébrale	C3
20	- Uniquement les aspects propres à la TA – Système nerveux (SN) : · SN central et périphérique ; SN végétatif et somatique · Sensoricité · Organes sensoriels : yeux, oreilles, nez, bouche, peau · Sensibilité somatique : proprioception (sens de la posture et du mouvement, sens kinesthésique) avec les mécanorécepteurs des tendons, des muscles et des articulations, ainsi que le système vestibulaire ; intéroception (organes internes) ; extéroception (peau) ; nociception (douleur) ; sensibilité à la température · Motricité : · Phases du guidage du mouvement et les structures du système nerveux associées · Mouvements réflexes et mouvements programmés · Réflexes posturaux	C2
21	- Système respiratoire : · Voies et musculature respiratoires, régulation de la respiration	C2

⁶ Les différents aspects spécifiques sont considérés uniquement en relation avec le *contrôle primaire*, l'*usage de soi* et le *contrôle de soi* dans la Technique Alexander.

AlexanderTechnik SBAT La Technique Alexander APSTA

	Connaissances spécifiques de la TA en psychologie⁵	
22	- Uniquement les aspects propres à la TA – Théorie de la perception : origine de la perception (corps) et sa fonction pour l'organisme	C2
23	- Uniquement les aspects propres à la TA – Fondements neuropsychologiques de l'apprentissage	C2
	Connaissances spécifiques de la TA en pathologie⁵	
24	- Uniquement les aspects propres à la TA – Système locomoteur : <ul style="list-style-type: none"> · Blessures musculaires et articulaires · Déformations de la colonne vertébrale : scoliose, hyperlordose et hypercyphose · Maladies de la colonne vertébrale : maladie de Scheuermann, maladie de Bechterew, spondylose, et hernie discale · Maladies des articulations : arthrite, arthrose · Syndrome cervical · Ostéoporose 	C2
25	- Uniquement les aspects propres à la TA – Système nerveux : <ul style="list-style-type: none"> · Faiblesse visuelle et auditive · Déficiences de la perception sensorielle de la peau · Fibromyalgie · Parkinson · Sclérose en plaques · Epilepsie · Démence 	C2
26	- Uniquement les aspects propres à la TA – Psyché : <ul style="list-style-type: none"> · Eventuels marqueurs de stress somatiques tels que tensions musculaires, insuffisances respiratoires, problèmes circulatoires et digestifs · Syndrome du burnout (épuisement professionnel) · Suites d'expériences traumatisantes 	C2
Aptitudes		
	Aptitudes dans l'usage de soi	
27	- Fait appel, en tant que base du travail thérapeutique, à une expérience personnelle solide dans un usage de soi stimulant	A3
28	- Optimise le propre contrôle primaire à l'aide d'une inhibition constante et de directives mentales et exerce ainsi indirectement une influence positive sur le fonctionnement de tout l'organisme	A3
29	- Commence toute prise de contact visuel, verbal et manuel avec les CL ⁷ toujours en contact avec le propre usage de soi et cela tout au long du travail	A3
30	- Remarque lorsque la propre direction et la qualité désirée de l'attention se diluent en raison d'une fixation exagérée sur le but, d'une distraction, d'une trop grande concentration ou d'un travail manipulatif	A3
31	- Est attentif à son usage de soi au cours de l'écoute, de la communication, dans le contact visuel et manuel avec les CL et durant l'observation de ces derniers en ce qui concerne la direction, le mouvement, la voix, etc.	A3
32	- Crée grâce au travail continu sur soi-même un calme psychophysique et génère ainsi un climat qui permet, soutient et garantit l'apprentissage en commun	A3
	Aptitudes dans la perception visuelle et acoustique	

⁷ CL : clients et clientes.

AlexanderTechnik SBAT La Technique Alexander APSTA

33	- Capte l'usage de soi des CL par rapport à <ul style="list-style-type: none"> · leur élocution · leur vision · leur respiration · l'orientation de leur corps · l'organisation et le guidage de leurs mouvements 	A3
34	- Reconnaît chez les CL les limitations du contrôle primaire sur la base de l'usage de soi	A3
35	- Reconnaît chez les CL les effets d'un bon fonctionnement du contrôle primaire	A3
36	- Analyse attentivement l'usage de soi des CL sans porter de jugement	A3
Aptitudes dans la prise de contact manuel		
37	- Garde son attention sur le propre usage de soi avant, pendant et après le contact manuel avec les CL	A3
38	- Instaure lors du contact manuel un contact informatif, sans manipulation et sans jugement	A3
39	- Perçoit à l'aide du contact manuel l'état physique des CL et les changements qui s'opèrent	A2
40	- Amène les CL par le contact manuel et le mouvement à modifier leur usage de soi et à faire de nouvelles expériences au plan sensoriel (influence indirecte sur la qualité du contrôle primaire)	A3
41	- Amène les CL par le biais du contact et une suite de mouvements à expérimenter qu'il est possible d'agir tout en évitant des interférences musculaires	A3
Aptitudes à fournir des explications		
42	- Transmet aux CL de manière compréhensible et en fonction de la situation les bases, concepts, objectifs et procédures de la Technique Alexander	A3
43	- Étaye les explications techniques à l'aide d'accessoires, squelette, illustrations anatomiques, images, vidéos, miroirs	A2
Aptitudes à utiliser des champs d'expérimentation		
44	- Travaille avec les CL dans les champs d'expérimentation traditionnels de la TA <ul style="list-style-type: none"> · Position debout · Marche · Position assise · Position allongée · Mains sur le dossier de la chaise · « Ah » chuchoté en relation avec la respiration et la voix · Position de l'escrime · Position accroupie · Passage de la plante des pieds sur la pointe des pieds · Balancement d'avant en arrière en position assise 	A3
45	- Crée avec les CL des champs d'expérimentation individuels adaptés aux besoins et aux possibilités des CL en relation avec leur environnement privé et professionnel	A2
46	- Adapte le degré de difficulté du champ d'expérimentation au niveau du processus d'apprentissage des CL	A2
Aptitudes à installer et rendre les processus d'apprentissage		
47	- Initialise et établit un apprentissage durable selon les étapes <i>circulaires</i> suivantes : <ul style="list-style-type: none"> · Transmet une nouvelle expérience au plan physique 	A3

AlexanderTechnik SBAT La Technique Alexander APSTA

	<ul style="list-style-type: none"> · Garantit une évaluation émotionnelle positive de la nouvelle expérience · Rend conscientes les expériences faites au plan sensoriel et du mouvement · Reconnaît les facteurs déterminants de la nouvelle expérience et les met en relation avec l'expérience faite jusqu'ici · Répète la nouvelle expérience sous différentes conditions et crée ainsi de multiples connexions neuronales · Active la nouvelle expérience par le biais de l'inhibition et des directives mentales dans la thérapie, et finalement à l'aide d'exercices de transferts dans le quotidien · Vérifie le transfert 	
	Aptitudes à stimuler la perception, la prise de conscience et le changement	
48	- Indique les interdépendances anatomiques et physiologiques centrales et leurs effets sur l'usage de soi	A2
49	- Encourage chez les CL l'aptitude à observer sans porter de jugement	A3
50	<ul style="list-style-type: none"> - Guide les CL verbalement et manuellement au travers de différents champs d'expérimentation et les rend aptes <ul style="list-style-type: none"> · à prendre conscience de leurs schémas de pensée et de mouvement · à interrompre une réaction directe à un stimulus à l'aide de l'inhibition · à examiner des comportements alternatifs · à opter pour un comportement alternatif possible et · à le mettre en oeuvre à l'aide de directives mentales en maintenant un contrôle primaire de la plus grande qualité possible 	A3
51	- Encourage les CL à faire part de leur pensées, observations et ressentis et à les intégrer dans le processus en cours	A3
52	- Demande aux CL de comparer leur perception de leur corps avec la perception visuelle qu'ils en ont dans le miroir et discute avec eux l'origine des différentes perceptions	A2
53	- Encourage les CL à reconnaître et à inhiber les schémas mentaux et neuromusculaires qui entravent le contrôle primaire	A3
54	- Stimule chez les CL leur présence mentale et physique, qui se laisse réinitialiser en permanence à l'aide de l'inhibition et des directives mentales	A3
55	- Convient avec les CL comment approfondir les thèmes traités, en guise de devoirs jusqu'à la prochaine session, les encourage à le faire en leur procurant les outils appropriés et les encourage à en trouver d'autres eux-mêmes	A2
	Aptitudes à évaluer	
56	- Observe et identifie en permanence avec les CL les changements qui se produisent dans leur usage de soi et les effets qu'ils induisent sur les souffrances	A3
57	- Vérifie avec les CL si les changements qui se produisent vont dans le sens des objectifs thérapeutiques	A3
58	- Vérifie les progrès des CL dans l'application du nouvel usage de soi dans la vie privée et professionnelle, prend acte du travail qu'ils ont fait sur eux-mêmes et leur renvoie une image positive des changements intervenus	A2
59	- Évalue avec les CL dans chaque session les devoirs convenus et intègre les retours dans la suite du processus	A2

AlexanderTechnik SBAT La Technique Alexander APSTA

60	- Vérifie si les CL ont compris les concepts et les outils de la TA, dissipe les malentendus dans la suite du processus	A2
61	- Identifie chez les CL un comportement autocritique et trop ambitieux et le questionne ; apporte son aide lors de l'analyse des émotions et des schémas de pensée sous-jacents et lors de l'initialisation d'un comportement alternatif	A3
62	- Identifie avec les CL les stimuli dans leur environnement privé et professionnel qui rendent plus difficile l'utilisation des outils de la TA ; analyse avec les CL les habitudes au plan mental et les émotions qui peuvent y être liées ; demande aux CL d'évaluer si ces modes de pensée et d'action leur sont encore nécessaires et s'ils souhaitent éventuellement essayer des alternatives	A2
63	- Examine et discute en permanence avec les CL le cadre thérapeutique et l'adapte au fur et à mesure de la modification des besoins	A3
Aptitudes à procéder à une anamnèse conforme à la méthode		
64	- Relève au cours de la discussion les informations utiles à l'anamnèse <ul style="list-style-type: none"> · Motivation (poids de la douleur, choix de la méthode, etc.) · Limitations et douleurs (depuis quand / de quel type / facteurs aggravant ou diminuant le problème / déclencheurs supposés / voies empruntées pour résoudre le problème / thérapies suivies / rapport médical / diagnostiques, etc.) · Situation privée et professionnelle, ressources au plan du temps, matériel et social · Ressources physiques mentales et spirituelles · Besoins, attentes, objectifs 	A3
65	- Explique brièvement et clairement les objectifs, la démarche et les limites de la Technique Alexander	A3
66	- Capte à l'aide de la <i>perception propre à la méthode</i> l'usage de soi des CL <ul style="list-style-type: none"> · <i>Perception acoustique</i> (voix, respiration, bruits générés lors de la marche, etc.) · <i>Perception visuelle</i> (regard / stature / contours du corps / relation entre les parties du corps en position debout, assise, lors de la marche / rapport aux surfaces d'appui / guidage du mouvement / direction, orientation / liberté de la tête par rapport au cou, torse, jambes et bras) · <i>Perception tactile</i> (contours du corps / mouvements respiratoires / tonus musculaire/ qualité de la mobilité des articulations de la tête, des bras et des jambes / coordination des parties du corps dans la tenue et le mouvement / qualité de la mobilité de la tête par rapport au cou, torse, jambes et bras) · <i>Autres aspects</i> (Où se manifestent le mal-être, la tension, les douleurs ? Où les CL se trouvent-ils bien, équilibrés, soutenus, souples ? Quelles conceptions les CL ont-ils de l'anatomie / physiologie ?) 	A2
67	- Reconnaît <ul style="list-style-type: none"> · L'existence d'un risque aigu au plan physique et/ou psychique demandant d'autres mesures ou des mesures complémentaires · Les pathologies, qui exigent au préalable ou parallèlement à la TA un examen médical ou éventuellement un traitement · Les limitations de mouvement · Les attentes démesurées des CL vis à vis de la thérapie par la TA 	A3
68	- Tient compte des examens et des diagnostics médicaux et indique que l'anamnèse propre à la méthode n'est pas un diagnostic médical	A3

AlexanderTechnik SBAT La Technique Alexander APSTA

69	- Évalue et détermine avec les CL si la Technique Alexander est la méthode appropriée pour eux du point de vue de l'efficacité, de l'efficience et de l'économie	A3
70	- Définit avec les CL les objectifs, les critères de changement et l'évaluation	A3
71	- Définit avec les CL un cadre thérapeutique qui correspond à leurs besoins ainsi qu'à leurs possibilités financières et au temps disponible	A3
Aptitudes à communiquer et à configurer des processus		
72	- Crée avec prudence et respect la proximité et la distance nécessaire dans le travail thérapeutique	A3
73	- Prend en considération avec empathie et intérêt ce que les CL communiquent verbalement et non-verbalement sans réagir immédiatement	A3
74	- S'informe avec tact et respect sur le vécu des CL	A3
75	- Considère les CL dans leur globalité avec leur vécu et intègre ce vécu dans le processus thérapeutique	A3
76	- Configure le processus thérapeutique afin qu'il soit transparent pour les CL et influençable par ceux-ci, se réfère aux préoccupations des CL et respecte leurs possibilités et limites du moment	A3
77	- Structure le processus thérapeutique dès le début en tant que voie à suivre pour renforcer l'autonomie et la faculté de guérison chez les CL	A3
78	- Incite les CL à faire part des observations qu'ils ont faites entre deux sessions, des changements intervenus, de leurs questions, de leurs incertitudes et les utilise comme base pour les prochaines étapes de la thérapie	A2
79	- Fait émerger les ressources des CL auxquelles ils n'ont pas encore accès, mais qui apparaissent au fur et à mesure au cours du travail	A2
80	- Met en place consciemment la fin de la relation thérapeutique et l'anticipe	A2
Attitudes		
81	- Traite les CL dans le cadre de la Technique Alexander et des propres compétences	At3
82	- Veille à la continuité du travail sur soi-même, pour créer en permanence un calme psychophysique indispensable au travail thérapeutique	At3
83	- Est conscient de sa fonction d'exemple pour les CL	At3
84	- Encourage et pose des exigences aux CL avec respect, estime et empathie	At3
85	- Accompagne les CL dans leurs conditions de vie présentes avec patience et compréhension	At3
86	- Encourage continuellement les CL sur leur chemin de l'observation et de l'auto expérimentation	At3
87	- Agit en étant conscient de son rôle et de sa responsabilité à l'égard des CL	At3
88	- Stimule sa créativité, son authenticité, sa souplesse, sa curiosité et son ouverture d'esprit	At3
89	- Oriente son activité aux directives éthiques de l'OrTra TC, respecte la protection des données et le devoir de discrétion et tient également compte des principes économiques	At3
Sources		

AlexanderTechnik SBAT La Technique Alexander APSTA

	<ul style="list-style-type: none"> - Manuels de Frederick Matthias Alexander <ul style="list-style-type: none"> · Alexander, F.M. : <i>L'Usage de soi</i> – traduction de l'original en anglais <i>The use of the self</i> (1932) · Alexander, F.M. : <i>La constante universelle de l'art de vivre</i> –traduction de l'original en anglais <i>The universal constant in living</i> (1941) · Alexander, F.M. : <i>Vers un contrôle constructif conscient de l'individu</i> – traduction de l'original en anglais <i>Constructive conscious control of the individual</i> (1923) · Alexander, F.M. : <i>L'héritage suprême de l'homme</i> – traduction de l'original en anglais <i>Man's supreme inheritance</i> (1910) <p>Ces 4 livres de F.M. Alexander ont été traduits en français par Jean-Dominique Masoero et sont disponibles chez AmAl (Les amis d'Alexander), 90, avenue de la Gare, F-34560 Montbazin, Tel : 00 30 (0)6 14 88 62 22, E-mail : jeando.at@cegetel.net .</p> <ul style="list-style-type: none"> · Alexander, F.M. : <i>Articles and Lectures</i>, edited by Jean M. O. Fischer, Mouritz, 2011, ISBN 0-9525574-6-0 · Alexander, F.M. : <i>Aphorisms</i>, edited by Jean M. O. Fischer, Mouritz, 2000, ISBN 0-9525574-9-5 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Bibliographie sur Frederick Matthias Alexander <ul style="list-style-type: none"> · Westfeldt Lulie, 1998 : <i>F. Matthias Alexander - The Man and His Work, Memoirs of Training in the Alexander Technique 1931-34</i> · Evans Jackie A., 2001 : <i>A Family History</i> · Bloch Michael, 2004 : <i>F. M. - The Life of Frederick Matthias Alexander, Founder of the Alexander Technique</i> 	
	- Autres ouvrages spécialisés sur la Technique Alexander et matériel audio et vidéo	
	- Profil professionnel TC ; Tronc commun TC	
	- Description des niveaux taxonomiques cf. OrTra TC	
B. Collaboration		
Normes et Règles		
	<ul style="list-style-type: none"> - Principes de déontologie professionnelle et normes de comportement TC - Protection des données et devoir de discrétion dans la thérapie complémentaire 	
Connaissances		
	- Domaines de connaissances propres à la TA 1-26	
Aptitudes		
90	- Se renseigne sur d'éventuelles personnes de référence et évalue si leur implication dans le processus thérapeutique est bénéfique pour les CL	A3
91	- Informe correctement les personnes de référence des CL à l'aide de moyens appropriés	A3
92	- Indique aux personnes de référence comment elles peuvent soutenir les CL à titre complémentaire dans le cadre de la Technique Alexander entre les sessions	A2

93	- Décèle les situations conflictuelles entre les CL et les personnes de référence qui surgissent dans le cadre de la thérapie et encourage les solutions notamment à l'aide des outils de la Technique Alexander	A2
94	- Examine si et sous quelle forme d'autres instances spécialisées doivent être impliquées	A2
95	- Reconnaît et prend en considération des instances spécialisées en fonction du cas, par ex. les assurances maladie, accidents et invalidité, lors de la décision et de la planification thérapeutiques	A3
96	- Communique avec les autres spécialistes des domaines de la santé et de l'éducation de manière claire et appropriée en utilisant la terminologie adéquate	A3
97	- Rédige des rapports destinés aux instances spécialisées en termes compréhensibles en tenant compte à la fois des besoins des CL et de la spécificité du cas	A3
Attitudes		
98	- Décide avec les CL si et sous quelle forme des personnes de référence peuvent être mises à contribution	At3
99	- Fait preuve d'empathie, de bienveillance et de cohérence dans le contact et la collaboration avec les personnes de référence	At3
100	- Contacte d'autres instances spécialisées uniquement après en avoir parlé avec les CL et avec leur accord	At3
101	- Se comporte de manière respectueuse dans ses contacts avec d'autres instances spécialisées	At3
102	- S'engage dans les équipes pluridisciplinaires de façon appropriée et avec compréhension pour les intérêts des CL	At3
103	- Respecte les intérêts différents des instances spécialisées et encourage la recherche de solutions qui satisfassent au mieux les CL et les instances impliquées	At3
Sources		
	- Profil professionnel TC ; Tronc Commun TC	
	- Description des niveaux taxonomiques, cf. OrTra TC	

10 Positionnement

10.1 Relation de la méthode avec la médecine alternative et classique

10.1.1

Par rapport à la médecine alternative

La Technique Alexander utilise uniquement les moyens spécifiques à la méthode, le contact manuel et le mouvement couplés à des directives et au dialogue. Aucun remède n'est remis ou prescrit et aucun instrument blessant la peau ou appareil technique n'est utilisé.

Dans la Technique Alexander l'interaction entre le/la client/e et le/la thérapeute est un élément central. Il est fait appel dès le début aux compétences et à la responsabilité personnelles des clients et ils participent au processus thérapeutique.

Un traitement par la médecine alternative parallèlement à la Technique Alexander est en tout temps possible.

10.1.2

Par rapport à la médecine classique

La Technique Alexander s'adresse à l'individu dans son entier en tant qu'entité physique, mentale, spirituelle et sociale.

Elle met au centre la relation thérapeutique empreinte d'estime qui offre l'espace et le temps nécessaires pour initialiser des processus d'autoguérison.

La Technique Alexander stimule les forces autorégulatrices chez l'individu. Elle prend pour point de départ l'état de santé et les ressources de chaque personne. Cela implique aussi dans des cas de problèmes de santé similaires de recourir à une procédure individualisée adaptée à la situation.

Par le biais du travail faisant appel au contact manuel et au mouvement il est possible d'apprécier la condition physique et de l'influencer. Directives et dialogue sont directement en lien avec le travail centré sur le corps. Ils permettent de mener une réflexion sur les processus physiques enclenchés et de les intégrer.

Avec la Technique Alexander il est possible de traiter efficacement les problèmes de santé accessibles à cette méthode axée sur le corps et sur des processus. Elle peut prévenir une aggravation des symptômes et le cas échéant éviter des interventions médicales. Elle peut cependant aussi renforcer et compléter un traitement médical en cours.

Comme toutes les autres méthodes de la thérapie complémentaire la Technique Alexander ne remplace pas la médecine classique.

10.2 Délimitation de la méthode par rapports aux autres méthodes et professions

Technique Alexander et Feldenkrais

Comparée à la méthode Feldenkrais la Technique Alexander s'en distingue sur les points suivants :

- Le processus thérapeutique a lieu exclusivement dans le *Travail individuel*.
- L'objectif est de renforcer l'influence autorégulatrice du *contrôle primaire*.
- Les thérapeutes complémentaires méthode Technique Alexander utilisent toujours dans leur travail *le contact manuel et le mouvement*, au travers desquels ils influencent avec leur propre *usage de soi* celui des clients ; *les mains n'ont en soi aucune intention d'amener un changement*.
- Les clients découvrent et apprennent au travers du contact et du mouvement - couplés aux directives et au dialogue – un *usage de soi* qui leur permet de faire le lien entre les stimuli et leur contrôle. Ceci de manière à ce qu'ils puissent peu à peu se défaire des automatismes stimulus-réponse dommageables à la santé et permettre la mise en place d'un nouveau comportement au plan de la pensée et du mouvement, qui renforce l'influence autorégulatrice du contrôle primaire.

La Méthode Feldenkrais recourt au travail de groupe (prise de conscience par le mouvement) et au travail individuel (intégration fonctionnelle). Dans leur travail les thérapeutes complémentaires de la méthode Feldenkrais guident leurs clients verbalement tout au long d'une série définie de mouvements et dirigent leur attention par le biais de questions ayant trait à la prise de conscience. Dans l'*intégration fonctionnelle* les thérapeutes n'utilisent que le contact manuel et le mouvement. La communication se fait essentiellement au travers du toucher.

11 Ampleur et structure de la formation dans la méthode

La formation en Technique Alexander dure au minimum trois ans (formation à temps partiel) et comprend au moins 1250 heures de formation (= cours et travail personnel), dont au moins 1010 sont des heures de cours.⁸

⁸ Dans le cadre de la formation menant au titre de *Thérapeute complémentaire titulaire d'un diplôme fédéral* viennent s'ajouter : le processus individuel spécifique à la méthode, le tronc commun, le stage pratique, le travail final orienté sur les compétences et l'examen final de l'école dans le cadre de l'OrTra TC.

Les *Ressources spécifiques aux méthodes* (connaissances, aptitudes et attitudes) sont spécifiées dans le chapitre 9.

Annexe

Littérature spécialisée et recherche sur la Technique Alexander

1. Manuels de F.M. Alexander

F.M. Alexander a en plus de nombreux articles et papiers publiés quatre livres principaux :

- **Man's supreme Inheritance (1910)** : L'héritage suprême de l'homme
- **Constructive Conscious Control of the Individual (1923)** : Vers un contrôle constructif conscient de l'individu
- **The Use of the Self (1932)** : L'Usage de soi
- **The Universal Constant in Living (1941)** : La constante universelle de l'art de vivre.

Ces quatre livres de F.M. Alexander ont été traduits en français par Jean-Dominique Masoero et sont disponibles chez AmAI (Les amis d'Alexander), 90, avenue de la Gare, F-34560 Montbazin, Tel : 00 30 (0)6 14 88 62 22, E-mail : jeando.at@cegetel.net.

Ces ouvrages constituent la base de la Technique Alexander et servent donc de manuels pour la formation.

Cela vaut tout particulièrement pour son troisième livre *The Use of the Self / L'usage de soi*. Il a été publié en 1932 après l'ouverture de sa première école de formation en 1931. Dans *L'usage de soi* il décrit sa méthode dans tous les détails, toujours en relation avec les réflexions théoriques correspondantes et il prend des cas d'étude qui permettent de suivre l'application pratique de sa méthode.

Les autres livres regroupant des textes de F.M. Alexander sont pour l'essentiel :

- **Articles and Lectures (2011)**: Articles, published letters and lectures on the F. M. Alexander Technique, edited by Jean M. O. Fischer
- **Aphorisms (2000)**, edited by Jean M. O. Fischer
- **Authorised Summaries of F.M. Alexander's Four Books (1992)**, Ron Brown.

2. Littérature spécialisée sur la personne et le travail de F.M. Alexander

- Westfeldt Lulie, 1998: *F. Matthias Alexander - The Man and His Work, Memoirs of Training in the Alexander Technique 1931-34*
- Evans Jackie A., 2001: *A Family History*
- Bloch Michael, 2004: *F. M. - The Life of Frederick Matthias Alexander, Founder of the Alexander Technique*

3. Littérature spécialisée sur la Technique Alexander

L'offre d'ouvrages spécialisés est désormais très vaste.

[Mouritz Publishing et Alexander Books](#) publient exclusivement des ouvrages spécialisés sur la Technique Alexander en anglais y compris du matériel audio et vidéo.

En allemand de nombreuses maisons d'édition ont publié des livres sur la Technique Alexander, par ex. [Karger](#), [Hans Huber](#) et [Thieme](#).

4. Archives concernant la Technique Alexander

L'association anglaise *Society of Teachers of the Alexander Technique* STAT possède les [STAT Archives](#) les archives les mieux fournies comprenant livres, matériel audio et vidéo.

5. Revues spécialisées sur la Technique Alexander

1 [The Alexander Journal](#)

2 [Direction](#)

3 [Conscious Control](#)

6. Videos et films

Uniquement du matériel vidéo et des films sont disponibles auprès de [David Reed Media](#).

7. Recherche scientifique sur la Technique Alexander

Des recherches sur la Technique Alexander sont régulièrement menées principalement en Angleterre et en Amérique.

L'association *The Society of Teachers of the Alexander Technique* STAT tient un registre thématique sur les nombreux projets de recherches : [Research Directory](#).

L'*American Society for the Alexander Technique* AmSAT tient également un registre exhaustif sur les recherches menées : [Research](#).