

L'ostéohypnose

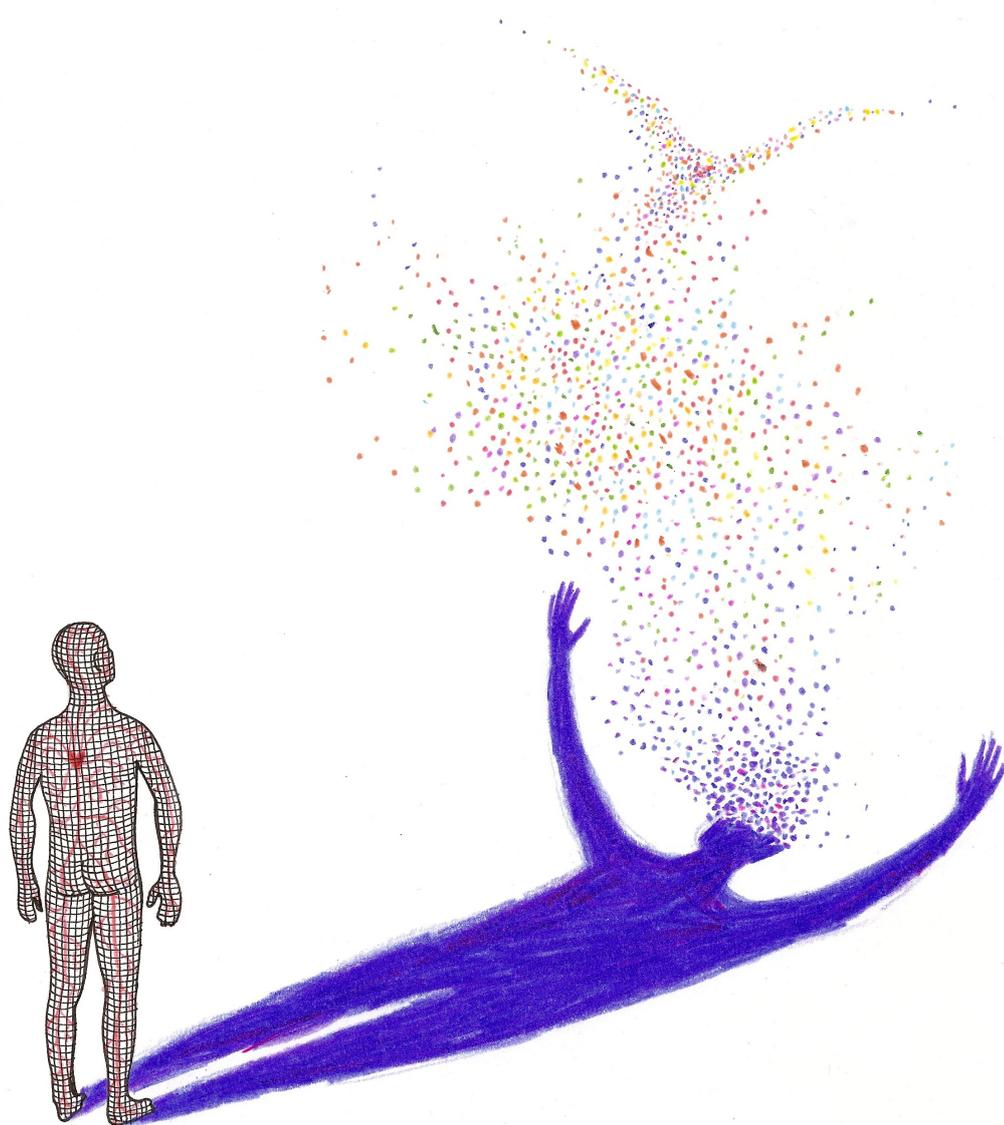


Illustration : Nathalie Louveau

2014

OSTEOHYPNOSE

L'hypnose en ostéopathie, l'hypnose ou l'ostéopathie, l'ostéopathie puis l'hypnose
(ou le contraire)

Mémoire d'hypnose ericksonienne thérapeutique

Institut Européen de Posturologie

Formateur Amer Safieddine

Emmanuel Pistre, Ostéopathe D.O.

A ma fille Leïla pour sa joie quotidienne ;

A Amer qui m'a introduit et guidé en hypnose. A son dévouement et son accompagnement sensible et profond ;

A Nathalie pour l'illustration, du bout de son doigt la lune est toujours belle : merci ;

A Lucie pour son enthousiasme, je suis heureux de partager le cabinet à ses côtés ;

A mes bons conseillers, correcteurs, amis Lucile, Sophie, Brice, Marion, Céline. Que nous partagions encore longtemps ensemble nos chemins !

A Elisabeth pour m'avoir incité à faire le premier pas en hypnose à ses côtés, c'est celui qui ouvre la voie ...

A l'enseignement de yoga de Robert Cottet dont la voix résonne encore parfois ;

A ma mère et à mon père pour m'avoir accompagné avec confiance et avec amour.

Quand les hommes ne peuvent plus changer les choses, ils changent les mots.

Jean Jaurès

La métaphore poétique peut servir à changer le monde.

Arthur Rimbaud

L'hypnose est une cure de désintoxication narcissique.

François Roustang

Le savant ne cesse de percer ce monde apparent pour atteindre un autre monde par
derrière puis par derrière encore un autre monde

Claude Levy Strauss

Ce ne sont pas les symptômes qui peuvent servir la communication entre le médecin et le
malade. Les symptômes ne peuvent qu'amoindrir et aliéner. Ce qu'il faut, c'est fouiller en
chaque homme, jusqu'à retrouver l'étincelle de ce qu'il porte en lui d'exceptionnel.

Edouard Zarifian

Ostéohypnose	7
Avant propos	7
Préambule	9
Introduction	10
L'hypnose en ostéopathie	11
<i>L'hypnose conversationnelle en ostéopathie</i>	<i>14</i>
<i>L'hypnose conventionnelle en ostéopathie</i>	<i>15</i>
<i>Un succès pour moi, un échec pour la patiente : le cas de Jeanne</i>	<i>15</i>
L'hypnose ou l'ostéopathie	17
<i>Le corps dans la thérapie</i>	<i>17</i>
<i>Le toucher</i>	<i>18</i>
<i>Les mots du corps</i>	<i>20</i>
<i>Symbolisme mythologique</i>	<i>22</i>
L'ostéopathie puis l'hypnose (ou le contraire...)	24
<i>Pierre ou la respiration de l'épaule</i>	<i>24</i>
<i>Un échec pour moi, un succès pour la patiente : le cas de Brigitte</i>	<i>24</i>
Conclusion	25
Annexe 1	26
Bibliographie	28

Ostéohypnose

Avant propos

L' hypnose en ostéopathie, l'hypnose ou l'ostéopathie, l'ostéopathie puis l'hypnose (ou le contraire), telle est la question !

Le chemin thérapeutique qui m'a amené sur le terrain de l'hypnose ericksonnienne n'est pas linéaire. Entre volonté de comprendre et nécessité d'entreprendre les ramifications furent multiples et parfois étonnantes.

Je suis venu à l'ostéopathie par le yoga. C'est ma première formation, celle qui m'a donné envie d'avoir envie. Sa pratique m'a comblé jusqu'à aujourd'hui pour ma recherche intérieure, en bientôt quinze ans, je n'y ai jamais dérogé. Simultanément, j'avais besoin d'élargir, de trouver un développement social à ce qu'elle m'apportait. La professionnalisation de la discipline étant assez délicate, elle entraîne des contraintes contraires à ses aspirations (il n'est pas souhaitable de répéter les postures de yoga au delà d'une séance quotidienne sans risques de lésions corporelles). De surcroît, l'abstraction de ses fondamentaux étant assez empirique, je voulais dans un premier temps me tourner vers des études de médecine, dans un élan de formation continue, ne souhaitant pas être thérapeute à cette époque. Le médecin responsable de l'unité de valeur en anatomie et physiologie auprès de la Fédération de Yoga Traditionnel, professeur de yoga lui-même, me conseilla plutôt d'approfondir la pratique du yoga dans un souci pragmatique d'efficacité et d'économie de temps. Mon chemin fit la rencontre de l'ostéopathie. Cette discipline satisfaisait deux de mes besoins : répondre à la question "comment le fait de gagner en mobilité favoriserait la santé ?" et "comment en élargir l'accès au plus grand monde?". La discipline parfois difficile du yoga (sa pratique quotidienne fait partie de ses prérogatives) n'est pas facilement popularisable, par sa position exigeante physiquement, teintée culturellement, philosophiquement, parfois targuée de "mysticisme", avec des déviances sectaires potentielles, ou pire, débarrassée de la recherche intérieure fondamentale, pour en arriver à une bonne gymnastique où l'esprit s'évade mais jamais ne plonge vers "l'intérieur", ce Moi profond censé se relier au Soi universel...

Je suis resté à l'Ostéopathie et au Yoga, j'ai été chercher ailleurs en même temps. Une question perdurait : comment un patient, un élève pouvait-il percevoir qu'il possédait la capacité d'accéder à ses propres ressources ? J'avais l'idée intime, presque une conviction profonde qu'une des différences entre deux séances d'ostéopathie ou de yoga venait de la faculté du patient à se révéler à lui même. Ainsi, tout en appréhendant l'adéquation nécessaire entre la justesse de la technique ostéopathique développée par le praticien et le besoin physiologique du patient, je considérais qu'il y avait autant de bons patients que de bons ostéopathes, et inversement. La conjonction entre la qualité d'écoute du praticien et celle du patient n'est pas toujours évidente. Ceci reste vrai pour le yoga. La musicalité s'entend par une oreille attentive et reste sourde à une oreille distraite.

Qu'ai-je trouvé ? Des réponses à des questions que je ne me posais pas, des questions à des réponses que j'avais déjà. C'est en forgeant qu'on devient forgeron, l'avenir m'éclairera je l'espère sur les possibilités et les adéquations entre les deux disciplines, ce

qui va suivre en est une photographie immédiate qui succède à la fin de ma formation en hypnose et le début de celles qui suivront !

Préambule

Lorsque j'étais en fin d'études d'ostéopathie, je m'intéressais au rapport particulier du patient à sa maladie et au rapport inter-individuel ostéopathe-patient. Je voulais écrire mon mémoire de fin d'études sur la non-reproductibilité de l'ostéopathie, avec un abord philosophique et plus particulièrement phénoménologique pour l'éclairer (unicité de chaque situation de soin). Mon professeur de méthodologie de recherche, aussi professeur de philosophie, me suivait dans ma démarche et pour un sujet qu'elle considérait original, sachant que des cours de philosophie traitant de la phénoménologie étaient dispensés par elle-même dans le cursus de base de ma formation.

Comme il me fallait un maître de mémoire ostéopathe, je me tournais naturellement vers l'un de mes professeurs ayant déjà abordé avec nous certains aspects théoriques du rapport philosophique à la discipline. Je lui exposais le thème de mon étude, il me répondit textuellement "l'ostéopathie, c'est reproductible". La conversation s'arrêtait là, et mon mémoire aussi. J'étais bon pour trouver un autre sujet pour valider mon cursus. Je le fis donc sur un thème plus académique : "Douleurs cervico-thoraciques chez le cycliste" ce qui fut validé;

Je n'étais cependant pas totalement satisfait de la réponse de mon professeur qui soulevait bien des questions dans ma jeune tête d'étudiant. Je citerais à ce propos le fondateur de la méthodologie expérimentale à la base du OHERIC (Observation, Hypothèse, Expérience, Résultat, Interprétation, Conclusion): "Le rapport qui constitue la particularité de chaque être, de chaque état physiologique ou pathologique est la clef de l'idiosyncrasie, sur laquelle repose toute la médecine". (BERNARD CLAUDE)

Introduction

L'hypnose est pour moi un espace de découverte, non seulement une redécouverte de mon activité d'ostéopathe mais aussi un élargissement à un domaine plus vaste de la personne dans son environnement. Elle me permet de reconsidérer mon rapport aux patients en y ajoutant du sens, de prendre en considération l'émotion, le vécu dans la thérapie;

Ce qui a changé dès le début de ma formation en hypnose¹ avec l'Institut Européen de Posturologie, c'est l'écoute du patient lors de l'anamnèse. Conventionnellement, derrière les mots le bon praticien recherche le symptôme, dans le but :

- en médecine d'établir un diagnostic pathologique
- en ostéopathie d'établir un diagnostic d'exclusion médicale et d'inclusion ostéopathique
- en psychologie de se référer au DSM², pour établir un diagnostic

Rapidement après les premiers modules d'hypnose, la transcription de l'anamnèse ostéopathique s'est transformée. La méthode diagnostic basée sur les symptômes reste utilisée en amont, c'est elle qui va guider les techniques employées. Cependant, je note maintenant les mots du patient de la manière la plus fidèle possible, sans interprétation, étant susceptibles d'être "réinjectés" et utilisés par la suite. En ce sens, je pense qu'il est utile d'avoir un peu d'expérience dans sa formation médicale pré-requise avant de pratiquer l'hypnose car il est nécessaire d'avoir certains automatismes pour pouvoir écouter "d'une autre oreille" tout en évaluant la pathologie potentiellement à l'oeuvre nécessitant la prise en charge médicale adaptée.

Par exemple : la question "quel est votre problème" s'est transformée en "en quoi puis-je être utile pour vous ?". La première tournure fait référence à quelque chose de figé et de négatif, la deuxième ouvre vers une possible évolution. Dans les mots du patient, le lien entre la situation, le vécu subjectif et le symptôme peut parfois rester flou, illogique pour le praticien (voir annexe 1). Cependant, il a sa valeur, celle du vécu de l'inconscient au delà de la réalité mécanique et culturelle à laquelle il tente de se rapporter (j'ai mal au dos, c'est le mal du siècle, ça doit être des mauvaises positions, j'ai déjà changé de matelas, etc...). Les mots utilisés ne sont plus seulement médico-analytiques, mais ceux d'un langage spontané. La description rend parfois perplexe, le patient se défendant du caractère naïf ou déraisonné de son propos, et il faut l'encourager à oser décrire son vécu. Elle pourrait désarçonner un thérapeute recherchant la réalité physiologique du propos et l'inviterait à reformuler avec d'autres termes plus académiques, rationalisant le symptôme. L'hypnose couplée à l'ostéopathie respecte les deux : d'une part les techniques d'ostéopathie traditionnelles fondées sur l'anatomie et la physiologie, d'autre part la validation verbale du vécu du patient par l'hypnose. Le plus important est peut-être la transformation d'un vécu négatif en une ressource utile. Tereasa ROBLES invite les patients à "remercier" le symptôme pour les avoir protégés avant de s'en débarrasser... Ne connaissant personne qui pratiquait les deux techniques, j'avais à coeur de chercher l'adéquation possible pour que $1+1=3$, ou que $1 \times 1 = 2$ voir 4 . (Mais ceci n'a pas d'importance).

¹ Le terme d'hypnose est employé systématiquement dans le sens d'hypnose ericksonienne ici

² DSM : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux.

L'hypnose en ostéopathie

Le début de mon expérience en hypnose est teinté de paradoxes : c'en est peut-être un des caractères d'appartenance !

Ma motivation première était de tenter de diminuer les résistances (peurs de la douleur, tensions), donc d'augmenter l'alliance thérapeutique. L'hypnose s'est révélé un moyen efficace, déjà en conversationnel. Par exemple, le fait de formuler "si quelque chose n'est pas confortable lors de cette séance n'hésitez pas à me le signaler" au lieu de "si vous avez vous mal, dites le moi". L'inconscient entend alors le mot confort et non celui de douleur. La règle des "trois oui" dans la phase d'harmonisation en hypnose (est-ce que votre position est confortable, est-ce que vous êtes d'accord pour que le but qui es le votre soit atteint, êtes vous d'accord pour que je vous appelle par votre prénom) est utilisé, même à minima : un seul "oui" peut parfois suffire ici, par exemple "est-ce que vous sentez que ces manipulations vous soulagent ?". Par exemple, lors de techniques lentes et douces comme en ostéopathie fonctionnelle ou viscérale. De surcroît, le fait d'attirer l'attention du patient sur la respiration ou sur le relâchement d'une zone corporelle autre que celle manipulée permet de diminuer le tonus musculaire isométrique, involontaire et permanent au repos, sous la dépendance de la boucle gamma neurologique (1). Le résultat est immédiat. Par exemple, le fait de focaliser l'attention du patient sur la paume de sa main lors d'une technique en lumbarol (technique haute vélocité basse amplitude en décubitus latéral pour une manipulation lombaire ayant pour principe d'exécuter la manoeuvre plus rapidement que la réponse du réflexe myotatique) relâche le tonus de ses muscles mono-articulaires vertébraux lombaires et la force, la vitesse d'exécution nécessaires diminuent d'autant.

Voici une théorie neurologique du "phénomène de renforcement" qui donne des pistes sur les bénéfices de l'hypnose en ostéopathie: "avant qu'une cellule de la corne antérieure puisse décharger et entraîner une contracture musculaire, elle doit elle-même recevoir des influx excitateurs à partir d'un nombre suffisant de fibres pré-synaptiques. Un neurone efférent doit être en état d'excitation sous liminaire avant de décharger. Cette condition requise sert de marge de sécurité ou "d'isolant", car elle empêche que tous les muscles répondent à n'importe lequel de ces influx qui stimulent les cellules de la corne antérieure. Lorsque, dans une partie donnée de la moelle épinière, un nombre important de cellules de la corne est maintenu en état d'excitation sous liminaire, l'arrivée d'un léger stimulus supplémentaire suffit à produire une décharge de ces neurones et donc une réponse réflexe. On retrouve cette idée dans les termes "à bout de nerf", "nerveux", "tendu" qui concernent les aspects moteurs du déséquilibre psychique. Chez les individus que l'on caractérise de cette manière là, les cellules de la corne antérieure sont maintenues au seuil ou près du seuil d'excitation, même à l'état de repos" (2). Il s'agit donc peut-être du même processus qui permet de diminuer le taux d'excitation sous liminaire grâce à l'hypnose conversationnelle.

Un patient voulant aider l'acte d'ostéopathie focalise son attention sur la zone manipulée par l'ostéopathe. L'injonction de ce dernier "relâchez vous" relève de l'acte volontaire et accroît le tonus musculaire (vigilance, contrôle de l'état de veille ordinaire). Le patient dirige en quelque sorte le mouvement, l'accompagne, il cherche ce qu'il faut qu'il fasse. S'il s'agit d'un membre périphérique et que l'ostéopathe ne tient plus le membre en question, il se retrouve alors en quelque sorte suspendu, comme en catalepsie, alors qu'il devrait retomber sur la table dans le cadre d'un relâchement efficace. Il est impossible de

débloquer l'articulation (sauf en forçant ?), de trouver de nouvelles possibilités de mouvement, l'amplitude de ce dernier se faisant dans un périmètre d'action connu et post blocage; En détournant l'attention de l'observateur de ce champ, c'est à dire en lui focalisant l'attention sur un autre paramètre sensitif, le plus fréquent et efficace étant l'attention au mouvement respiratoire et plus précisément sur l'allongement de l'expiration dans une consigne de "laisser la respiration respirer" (état passif) on obtient un état d'abaissement du tonus musculaire tonique de base. A cet instant précis et de manière instantanée, la possibilité de gain d'amplitude du mouvement est perçue par l'ostéopathe de manière subtile, dans le sens opposé à la facilitation, ce qui permet de l'y accompagner. Il se produit souvent un craquement dans l'articulation investie (phénomène de cavitation). Le soulagement est immédiat et perçu lorsque le patient teste à nouveau les mouvements actifs de la zone. Parfois, la sensation douloureuse immédiate persiste, due à l'inflammation péri-articulaire, mais la mobilité laisse présager une amélioration dans le temps, avant quatre jours en général. Le gain est objectivé par la capacité à faire des mouvements nouveaux (par exemple gain en rotation de la tête appréhendé par la capacité à regarder en arrière sans bouger la ceinture scapulaire, test des mouvements de l'épaule dans les différents paramètres articulaires, pour la ceinture pelvienne c'est parfois la possibilité pour le patient de remettre ses chaussettes tout seul ce qui le renvoie à l'autonomie (infantilisation de la dépendance). Les paramètres ne sont pas quantifiés mais ils sont rassurants pour le patient : concordance du vécu et de l'objectivation sensorielle par la vue et la proprioception. Les cas les plus spectaculaires sont ceux où le patient retrouve la fonction de la marche, ils régissent au même principe.

On obtient fréquemment l'effet hypotonique grâce au travail viscéral en ostéopathie par l'intermédiaire de la chaîne linguale viscérale liée à l'inconscient par l'hémisphère droit du cerveau. Le système digestif est régi par le système nerveux autonome grâce au nerf vague. Le fait de mobiliser les viscères est particulièrement efficace pour obtenir un état de lâcher prise du patient, et de transe. Une des conditions requise selon mon expérience est la fermeture des yeux du patient, et l'hypnose m'aide à l'obtenir, par des formulations telles que "et vous pouvez si vous le souhaitez laisser les yeux se fermer pour approfondir votre détente car tout ce qui est relâché n'est pas bloqué". A part les mouvements de contraction des muscles du diaphragme et de l'abdomen, le patient a peu d'emprise volontaire sur le tractus digestif. Il se retrouve donc de fait observateur de la mobilisation. Lorsque les spasmes se relâchent, des borborygmes apparaissent. Les anastomoses au niveau du système nerveux central entre le système nerveux somatique et végétatif permettent d'abaisser le tonus des muscles monoarticulaires intervertébraux et des manipulations douces sont alors suffisantes pour débloquent une restriction de mobilité. Le faisceau rubro-spinal (voir Fig 1) véhicule des influx nerveux moteurs semi-volontaires qui régissent le tonus des muscles squelettiques. On sait aujourd'hui que les noyaux des voies motrices secondaires (extra pyramidales) dont ils sont issus émettent des collatérales avec les faisceaux cortico-spinaux des voies pyramidales (mouvements volontaires) et influent sur leur activité. Le faisceau réticulo-spinal transmet les influx reliés au tonus musculaire et à de nombreuses fonctions motrices viscérales (17).

La posture serait-elle un phénomène cognitif ? Nous avons vu que les centres cérébraux supérieurs régissaient les activités somatiques et viscérales. L'adaptation à l'environnement fait donc intervenir le système nerveux volontaire (pyramidal), semi-automatique (tonus par le système extra-pyramidal) et involontaire (neuro-végétatif) qui sont reliés les uns aux autres. Il est possible d'influer sur l'un ou sur l'autre. Par exemple, des mobilisations de la hanche en grand bras de levier entraînant des petits mouvements de latéroflexion rotation lombaire sont suffisants suite aux mobilisations viscérales précitées pour résoudre une dysfonction lombaire. Pas besoin alors de thrust dans lequel le

mouvement a haute vélocité surprend le patient car il se pratique sur une articulation dont le tonus musculaire est élevé par protection et dont l'algie est parfois importante : la soudaineté, le bruit, se heurtent à ses réflexes de défense au lieu de les apprivoiser.

Ici, la conjonction entre ostéopathie et hypnose est parfaite. Bien des ostéopathes en font l'expérience même muette au quotidien sans avoir étudié l'hypnose.

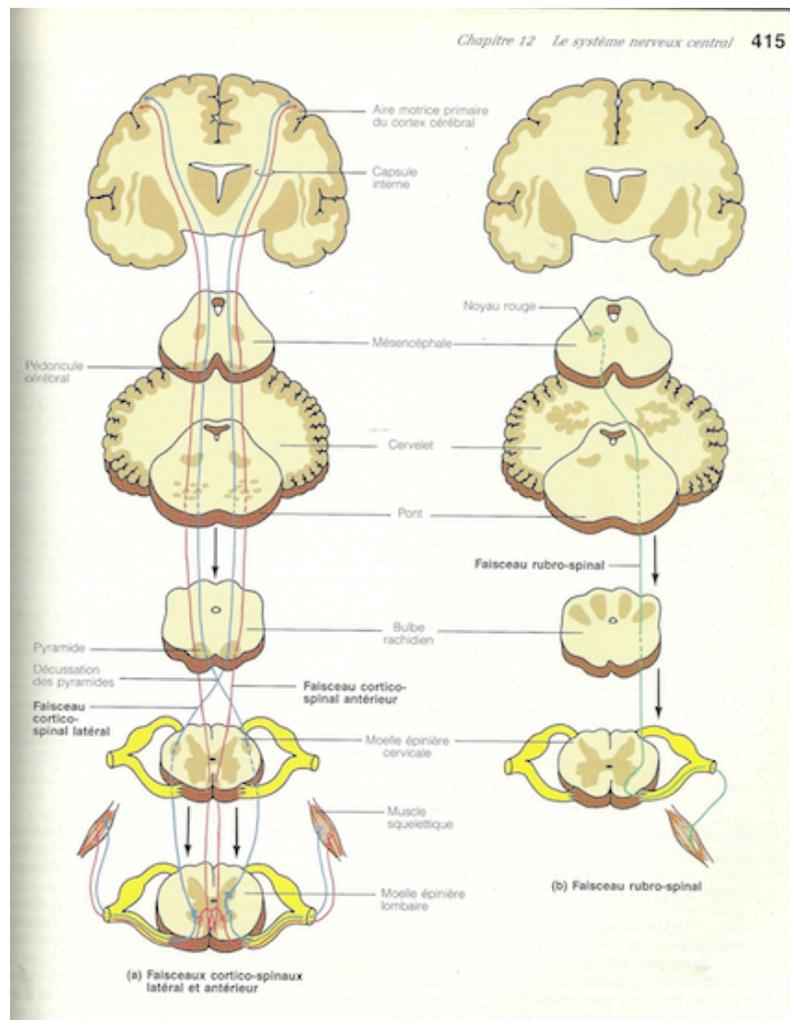


Fig 1 : Chaînes de neurones de quelques faisceaux descendants de la voie motrice principale et de la voie motrice secondaire. D'après *Anatomie et physiologie humaine Marieb 2^e édition*.

Ayant certains échecs avec des patients qui n'accédaient toujours pas à ces effets malgré mes efforts et leur bonne volonté, je souhaitais approfondir la pratique de l'ostéopathie versus hypnose par de l'hypnose formelle, donc le patient devait être informé de cette possibilité; Je le fis par l'affichage de mon diplôme, une fois obtenu, d'une information écrite dans la salle d'attente de mon cabinet, et par la création d'une site internet "osteohypnose.fr". La demande se fit donc progressivement. Le revers de la médaille, si je

puis dire, ce fut la surprise des patients venant pour de l'ostéopathie, ne me connaissant pas, et qui, par peur (je le présume) d'être hypnotisés malgré eux avaient d'autant plus de réticences à se détendre qu'il fallait une première séance de mise en confiance, puis une deuxième où l'ostéopathie (sans hypnose) pouvait se pratiquer; Ce phénomène a déjà été observé pour des patients primo consultants en ostéopathie, et se demandant dans quel état ils allaient ressortir. D'un autre côté, l'ostéopathie a toujours été teintée d'une part de mystère ("mais comment faites-vous pour trouver là où ça me fait mal rien qu'en touchant ? ou "vous êtes un magicien ça fait des années que j'avais mal à cet endroit") . Certains ostéopathes n'hésitent pas à en jouer en interprétant ou en formulant des projections personnelles tantôt psychologiques, comportementales, hygiénistes au symptôme de leur patients, sans jamais leur demander ce qu'il ressentent eux-même. J'ai à plusieurs reprises eu des retours de sujets à propos d'échecs de l'ostéopathie analysés par un(e) confrère comme "la faute du patient parce qu'il était trop tendu". L'hypnose, en éclairant le côté magique de l'inconscient "l'âme agit = la magie" l'encadre, le révèle et le démystifie à la fois tout en le sublimant; Or "dans le monde entier, la magie intervient à l'occasion de toute activité ou entreprise importante dont l'homme ne tient pas l'issue en son pouvoir" (3).

Initialement, mon objectif en allant vers la formation en hypnose ericksonienne était uniquement d'apporter une pierre de plus à mon édifice ostéopathique. Je ne l'avais imaginé que dans son association simultanée à l'ostéopathie, et c'est sous l'angle de la discussion lors de la séance que je l'abordais en premier.

L'hypnose conversationnelle en ostéopathie

Une des difficultés dans mon activité d'ostéopathe concerne la relation du patient au thérapeute mais aussi du rapport de l'individu à son corps. Les résistances multiples alourdissent la séance et engendrent beaucoup d'énergie, de fatigue, et de crispation dans mes mains comme par "communication inconsciente des tensions internes". Son corollaire est vrai, et je mets beaucoup d'attention, comme mes bons professeurs me l'ont appris, à relâcher au maximum mes doigts lors de la palpation, à vérifier mes fulcrums³ possibles, etc... Selon moi, la plus grande part des résistances du patient viennent des peurs. Peur de la douleur, peur que la situation soit aggravée, peur de l'inconnu, de ce qui peut se passer. Les "on dit" se propagent vite dans cette profession et les médias ne nous arrangent pas toujours, en mettant en exergue les risques d'aggravation, rares, exceptionnels, dont le discours populaire fait légion, même si le rapport bénéfice/risque du soin reste acquis; Et quel thérapeute n'y est pas soumis ? On touche au corps, et dans son acception, il faut obtenir du patient la promiscuité nécessaire, créer l'alliance thérapeutique. Premièrement, le(la) patient(e) se déshabille. Concernant la verbalisation, la formulation "mettez vous en sous vêtements" utilisée avant la formation en hypnose (impératif), a été modifiée en "vous pouvez vous mettre en sous vêtements, sauf si ça ne vous convient pas" (indicatif). Il est moins évident de faire de l'ostéopathie avec un patient gêné en sous vêtements qu'avec un patient détendu habillé. La recherche de tout ce qui peut mener à un état parasympathicotonique est déterminante en ostéopathie. Le fait de laisser le choix détourne le caractère invasif du rapport humain. C'est une suggestion hypnotique.

Pour lever les résistances, j'entends par là augmenter le confort du patient, du thérapeute, potentialiser ou tout simplement "réussir" un soin, l'hypnose m'a été d'un immense

³ Fulcrum : un fulcrum est un point d'appui fixe qui permet d'organiser le mouvement autour

secours. D'abord, en m'apprenant à reconsidérer la place du patient au centre de la thérapie. L'ostéopathie est et restera un soin palpatoire, nombre d'ostéopathes affirmant que c'est la main qui guide (c'est à dire l'intuition, donc l'inconscient ?), en association raisonnée et raisonnable à la technique. En même temps, le seul bénéficiaire à considérer est pour le patient et il convient de s'assurer en permanence de ses motivations en tout début de séance, de son confort pendant, et de son contentement en fin de séance ! Qu'attend-t-il du soin ? Il suffit de lui demander ! C'est d'une simplicité remarquable, mise de côté par le thérapeute, non précisé souvent par le patient pour lui même... Effectivement, la place d'expert et de savant du thérapeute s'en trouve diminuée, car c'est alors le vécu du patient qui est mis en avant. Simultanément, le thérapeute a pour devoir d'effectuer son soin de manière "normale", en fonction des critères objectifs de sa profession et des pré-requis thérapeutiques; C'est une démarche trans-disciplinaire, et le côté inclusif de l'hypnose lui permet de se reconnaître partout, dans un diagnostic ostéopathique comme médical, de garder les acquis de la recherche scientifique et de la médecine fondée sur les faits tout en envisageant une évolution anthropologique du soin.

Pour aller plus loin dans la pratique de l'hypnose et que le patient se rapproche de son but, il me semblait utile de pratiquer en hypnose formelle. Mes premières séances se sont faites en ostéopathie, la demande venant du patient puisqu'il était affiché dans la salle d'attente de mon cabinet "qu'il était possible de compléter le soin d'ostéopathie par cette méthode".

L'hypnose conventionnelle en ostéopathie

Un succès pour moi, un échec pour la patiente : le cas de Jeanne

Pour des raisons de secret médical les études de cas ne sont pas disponibles en ligne.

Les séances d'hypnose formelle en ostéopathie qui suivirent furent couronnées de plus de satisfaction de la part des patients mais les résultats restaient mesurés sur le plan symptomatique. J'avais des difficultés à appliquer les techniques fonctionnelles d'ostéopathie simultanément à l'induction hypnotique verbale, à la lévitation. Le signaling fonctionnait mais les blocages articulaires perduraient. Pas de mise au silence, de Still point, révélatrices d'un changement d'état et du relâchement dysfonctionnel. La première fois que j'expérimentais la catalepsie avec un patient (photo 1), la dysfonction s'était résolue après avoir induit verbalement le repos du membre supérieur sur la table. Je mettais cela sur le compte du tonus musculaire de base persistant limitant le relâchement tissulaire. De plus, il m'était impossible d'appliquer les techniques ostéopathiques de mon choix en modifiant la position du corps du patient sans le faire sortir de transe. Les pratiques structurelles étaient impraticables de ce fait. De plus, je m'interrogeais sur leur bien fondé lors d'une expérience d'hypnose. Je commençais alors à douter de ma démarche vis à vis de ma patientèle, notamment au vu de la loi Huriet-Sérusclat sur les essais et expérimentations sur l'être humain. Cependant, j'étais formé dans les deux disciplines et l'hypnose thérapeutique était appliquée dans bien des domaines médicaux. Je persistai dans l'idée d'une association possible entre les deux disciplines, mettant sur le compte de mon inexpérience le fait de n'en avoir pas trouvé la voie d'accès. Le seul risque en hypnose après tout, c'est qu'il ne se passe rien !

Je m'interrogeais alors sur les divergences entre la pratique expérimentée dans mon cabinet et l'hypnose conventionnelle faisant preuve de référence en la matière.

Ma première observation se trouvait dans la posture du patient.

La différence entre la posture assise et allongée se retrouve dans le yoga entre la relaxation et la méditation. Ce n'est pas seulement une différence symbolique, elle implique des différences physiologiques, émotionnelles, mentales : "La méditation produit des effets très variables d'une personne sur l'autre, voir chez le même sujet. Certains travaux comparèrent les effets de la relaxation et de la méditation lorsque des volontaires sont soumis à des réactions de menace : les méditants ont plus de résistance aux stress émotionnels que les sujets simplement relaxés, ils jugulent plus vite leurs réactions cardiaques et cutanées face au stimulus menaçant. Les méditants sont plus efficaces pour revenir aux ondes cérébrales alpha (les ondes calmes) et pour juguler les pensées anxieuses." (4)

Or, il n'est pas possible de pratiquer toute l'ostéopathie assis car cette posture exige un tonus musculaire minimal et peu de techniques y sont adaptées, du moins avec celles employées dans mon cabinet.

Une deuxième autocritique venait de ma capacité à verbaliser et à palper simultanément. Les états de transe spontanés en ostéopathie favorisent le silence verbal. Est-il bénéfique de juxtaposer temporellement une résolution tissulaire et symbolique ? La multiplication de recherches pourrait m'éclairer sur ce point.

Je décidai alors d'exercer sur le même patient et pour le même symptôme, l'ostéopathie et l'hypnose mais sur des temps différents, d'une manière plus conventionnelle.



Photo 1 : Ostéopathie viscérale lors d'une catalepsie

L'hypnose ou l'ostéopathie

Avant de s'intéresser au choix de l'une ou de l'autre des deux thérapies, il convient d'en rechercher les analogies, les divergences ainsi que les principes d'application.

Le corps dans la thérapie

Voici d'abord quelques points de vue reliant la pensée et le corps dans leur synergie d'être au monde :

“Une position défectueuse du corps est la maladie humaine, en tant qu'humaine, parce qu'elle ne permet pas la relation aux autres et au monde et, à l'inverse, une position du corps, si elle est geste de plénitude et de justesse, est la guérison en acte parce qu'elle est déjà une interaction harmonieuse avec les autres et avec le monde. Etre présent de corps avec une telle intensité et une telle liberté que le poids de la présence devienne léger. Si le thérapeute ne trahit pas son corps, sa parole ne sera pas une trahison. Les corps trahissent leur pensée. Car les corps pensent; Le corps tient en mémoire tout ce qu'il a fait subir et tout ce que les autres lui ont fait subir. Il agit non pas comme un automate, mais comme un humain qui pense. Penser, pour un humain, n'est-ce pas d'abord et avant tout, se situer parmi ses semblables et dans le monde de la façon la plus adéquate possible ? Mais cette expérience n'est pas objectivable. Elle échappe au domaine de ce qui est mesurable et quantifiable: on peut mesurer les performances d'un oeil, on ne peut pas mesurer la force d'un regard”. (5)

Pour Nietzsche, le corps non seulement pense, mais philosophe. “Je tiens toute démarche qui part de la réflexion de l'esprit sur lui même pour stérile et que, sans le fil conducteur du corps, je ne crois à la validité d'aucune recherche”.

Ceux qui un moment osent perdre la tête et laisser venir l'énergie première de leur corps, ceux-là ont l'impression qu'ils ne pourront jamais se répéter. Ils seront introduits à l'intelligence du chien qui détecte une crise d'épilepsie une heure avant qu'elle n'ait lieu, à l'intelligence de l'enfant qui comprend tout sans qu'on ait besoin de la lui expliquer, à l'intelligence du chercheur toujours prêt à s'étonner. Le langage alors ne procède plus, il succède. La méthode ostéopathique est essentiellement analytique. Dans un prolongement synthétique, pour passer de la partie au tout elle ramène un symptôme, une dysfonction à sa relation avec les grandes fonctions du corps (systèmes orthopédique et locomoteur, neurologique, cardio-vasculaire, digestif, O.R.L., pulmonaire et neuro-végétatif...). Pour devenir analogique le vécu de la personne doit être appréhendé, dans un prolongement émotionnel et symbolique; Lors de l'anamnèse, il apparaît parfois spontanément, si l'oreille du thérapeute y est sensible. Lors du toucher, elle peut être ramenée à la conscience, volontairement ou pas. Il arrive fréquemment qu'une personne fasse référence à un évènement de sa vie relatif au symptôme, temporellement concordant, tandis que la libération tissulaire s'effectue. Les questions qui aident à y parvenir sont “depuis quand avez vous ce symptôme ? Qu'est-ce qui fait pour vous que vous avez ce symptôme ? Comment pourriez vous y remédier ?”. Le patient est au centre du soin, il cherche en lui-même les réponses. L'hypnose conversationnelle est d'une grande aide dans ces cas car elle permet de guider la parole libératoire tout en gardant le fil directeur, en ramenant à l'émotion, siège du kyste. Les portes symboliques peuvent s'ouvrir en métaphorisant le propos. Le phénomène se conclut par la construction d'un espace de silence, un “vide créatif” comme les ostéopathes aiment à le nommer, le

fameux Still Point. Il s'accompagne, bien sûr, de la ratification dont le thérapeute use alors abondamment : "voilà", "c'est parfait", "très bien", "ça y est c'est libéré, relâché", etc... Immédiatement succédant, physiquement, un dégagement de chaleur est ressenti au niveau de la zone épidermique correspondante. Un retour de la mobilité tissulaire est observé, en équilibre de tension ligamentaire, accompagnés d'un léger craquement articulaire, de borborygmes viscéraux. Il faut alors laisser la place à la nature, ne plus mobiliser, faire confiance au corps du patient pour terminer le travail. En ostéopathie pédiatrique le bébé se dégage alors des mains, même s'il somnolait jusqu'alors, en ostéopathie animalière de même. Chez l'adulte, la morale l'en défend et il ne l'exprimera souvent ni verbalement, ni physiquement. Des signaux idéo-moteurs seront perceptibles qui orienteront vers un changement souhaité dans le fil du traitement : une autre zone à investiguer ou la fin du soin.

Le toucher

L'hypnose, à travers son approche corporelle, fait-elle référence au toucher tel qu'on peut l'appréhender à travers le sens tactile, ou à la perception d'un corps vu comme l'accès à une enveloppe pré-charnelle où seraient emmagasinés tous les états d'âme d'un individu ?

Au cours de l'élaboration de cet écrit, une blessure à la main (section du tendon du long fléchisseur du pouce) m'a amené aux urgences et de surcroît au bloc opératoire. Cette expérience m'aura amené à remettre en question plusieurs points. Le premier fut de m'offrir un temps de disponibilité ou le corps arrête son mouvement quotidien, et du repos (arrêt de travail pour invalidité). Le deuxième fut de renouer avec des morceaux épars de connaissance pour les rassembler. Lors de l'opération, une infirmière est venue s'asseoir près de moi et m'a proposé, si je le souhaitais, "de m'imaginer dans un endroit agréable, de prendre conscience de ma respiration, des bruits environnants..." et je compris qu'elle faisait de l'hypnose. Je lui indiquais que j'en faisais aussi (ce qui ne manqua pas de la surprendre), et que j'étais déjà très très bien, dixit en auto-hypnose, et que ça me convenait parfaitement; J'étais en effet absorbé par la perception de mon bras, lui-même anesthésié par un bloc nerveux sur le plexus brachial (j'avais demandé à l'anesthésiste de mettre très peu d'anesthésiant, pour tester l'autohypnose en situation, je pense qu'il n'en fit rien par crainte que je ne bouge, ce qui était peut-être mieux pour la réussite de l'opération...). Bien sûr, toutes les facultés motrices et sensitives du bras étaient "au point mort". Cependant, la perception de mon corps restait globalisée, et chose plus étrange, je gardais la capacité, si souvent observée lors des séances de yoga, de "relâcher" ou de "contracter" mon bras sans provoquer de mouvement mais seulement d'en modifier la perception qualitative intrinsèque. Il ne réagissait pas physiquement aux commandes volontaires.

J'avais en tête l'explication neurologique de la représentation somesthésique du cortex moteur et sensitif (schéma 2), prise en compte dans la rationalisation du membre fantôme dont sont témoins 98 % des amputés, et dont les deux tiers des patients disent pouvoir bouger volontairement leur membre (6). Cela m'interrogeait sur la réalité des sensations que j'observais dans mon bras anesthésié (qu'on était en train d'inciser puis de recoudre, etc...) et surtout sur la validité de mes sensations perçues habituellement. La phénoménologie nous éclaire sur le fait qu'il s'agit d'une abstraction de la réalité, une interprétation. De là à penser que le vécu pouvait garder une part immuable entre un bras fonctionnel et un bras anesthésié ! Je reconsidérais alors l'élaboration de mon schéma corporel comme étant plus proche d'une mémoire psychique enrichie d'afférences

Les mots du corps

Voici comment Billeter développe les relations psychodynamiques qui peuvent s'opérer entre les fonctions corporelles et les fonctions psychiques, d'après les structures de parenté qu'elles possèdent :

1. le mot confie à l'idée une forme définie, stable et plus ou moins permanente
2. Le mot crée la chose

“Pour saisir ce fait capital, observons comment se forme le sens d'un mot. Il se forme par assemblage. Notre corps, qui conserve en lui d'innombrables traces de sensations, de perceptions, de mouvements, de gestes, d'actes, de situations, possède le pouvoir de combiner ces éléments. Il a celui de réveiller les combinaisons qu'il a produites antérieurement et d'en tirer de nouvelles. Il produit par intégration des synthèses qui, rapportées à des mots, forment le sens de chaque mot.

Le terme mot dérive d'un verbe grec qui signifie “mettre ensemble”. Le terme indique qu'il consiste à prendre ensemble des éléments divers, mais n'explique pas comment naît la compréhension proprement dite. Nous pouvons dire que nous voyons subitement ces rapports ou que, de la juxtaposition des éléments, se dégage soudainement une sorte d'image. Le mot “intelligence” est voisin du mot “compréhension” puisqu'il vient du verbe latin intelligence, “lier entre elles diverses choses””; (7). Exemple (annexe 1) : “je tire un peu sur la corde car je suis en train de me séparer d'avec mon mari et maintenant j'ai mal au cou”. Ou bien : “je me suis bloqué en coupant les branches d'un abricotier. Mon dos est comme un morceau de bois. On dirait qu'on m'y enfonce un clou. C'est violent et ça arrive sans prévenir”. C'est cette faculté de rapprochement, de créer une jonction, une absence de solution de continuité qui me fait penser que les deux thérapies ont des principes de fonctionnement identiques. Remettre du mouvement...

“Ce qui frappe quand on observe un patient qui souffre de douleurs ou de tourments c'est l'appauvrissement, la rigidité, voir l'absence de mouvements qui caractérisent certains de ses comportements. Cette absence de mouvement n'est pas répertoriée dans les diagnostics psychiatriques alors qu'on la retrouve dans la clinique... cette rigidité peut être liée à la dureté de l'élément... la guérison se traduit par la perception d'un espace élargi”. (8). Cette comparaison n'est pas sans rappeler les fondamentaux de l'ostéopathie qui consistent à libérer les mouvements des structures pour ouvrir la voie aux potentiels de guérison naturels du patient. Voici la trame selon laquelle la relation fonctionnelle se construit (16) :

- L'artère ou l'artériole transporte le sang chargé d'énergie.
- Le système nerveux périphérique module le débit de l'artère ou de l'artériole.
- Les restrictions articulaires du rachis troublent la fonction sympathique et favorisent la dominance parasympathique.
- Cette prédominance rétrécit le calibre de l'artère, réduit l'apport de sang, donc d'énergie.
- La manipulation lève le barrage inflammatoire, issu de la restriction de mobilité articulaire, qui comprime la fibre sympathique issue du rachis.
- La manipulation libère donc l'action sympathique (dilatation) qui permet la régulation du débit dans l'artère ou l'artériole, et de ce fait la régulation de l'énergie du viscère concerné.
- L'acupuncture et les manipulations ostéo-articulaires ont en commun d'agir sur la régulation du débit artériel viscéral du segment traité.

- L'une par la stimulation de l'arc réflexe cutané-viscéral perturbé par des compressions ou des informations projetées (fantômes), l'autre par l'élimination pure et simple de ces mêmes informations perturbatrices.

Voici ce qu'en dit le Pr Guimberteau, chirurgien plasticien spécialisé en microchirurgie: "il semble évident que tout est lié, tout est en continuité. Il n'y a pas de rupture de continuité dans la matière vivante. Pas de lames, pas de lamelles, pas de couches et sous couches sorties de rien. L'épimysium et le périmysium sont des structures en continuité". "Ce qui impressionne le plus, c'est cette souplesse du derme et de l'épiderme pliable, déformable, comme une pâte homogène, solidarissant tout, sans plans de décollement, sans couche stratifiée, tout est en continuité dans la différence et dans le mouvement. L'apport sanguin est incorporé dans cet ensemble à tous les niveaux (photos 2 et 3)...souplesse, énergie, information, tout est indissociable" (9)

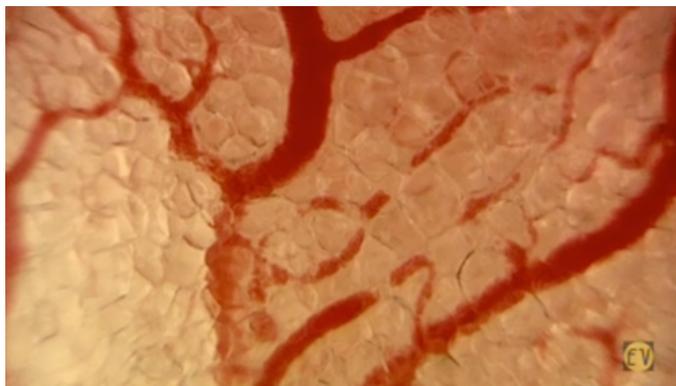


Photo 2 : arborescence sanguine normale



Photo 3 : derme d'une cicatrice rigide, figée, néo vaisseaux sanguins en nappes

Or Francois Roustang présente souvent l'hypnose comme le retour à la simplicité de l'arc réflexe. La personne s'immerge dans son corps et dans son espace et se laisse réagir à l'environnement. De là suivent les mécanismes d'adaptation et d'anticipation. Les effets de l'hypnose sur la vasoconstriction et la vasodilatation sont connus. Il s'agit bien d'actions sur le système nerveux autonome, dit aussi inconscient, automatique, etc... J'ai assisté (et été initié, rien ne vaut l'expérience) dans le monde du yoga au "Toumo" ("chaleur" en Tibétain) aussi dit "yoga du froid". Enseigné notamment par Maurice Daubart, il permet de réguler la chaleur corporelle par le psychisme. Ainsi, il peut faire rougir ou blanchir sa main spontanément en quelques secondes, preuve d'un contrôle volontaire sur la

vasoconstriction ou la vasodilatation. Sa pratique méditative consiste en des bains glacés, ou en restant assis immobile presque nu en méditation par des températures négatives (10) (photo 4).



Photo 4 : température de l'eau 3° C, température extérieure : - 28° C

Si les liens entre le corps et l'esprit sont ténus, quelle est la part symbolique de l'inconscient collectif dans le développement des maladies ? Se fond-elle dans la volonté des invariants de Lévy Strauss de "réintégrer la nature dans la culture, et finalement la vie dans l'ensemble de ses qualités physico-chimiques" ? Notre mémoire individuelle a aussi une dimension collective. Notre mémoire est aussi la trace en nous du passé des autres.

Symbolisme mythologique

L'hypnose s'est intéressée aux contes, connus ou inventés pour leur version symbolique car leur contenu serait ancré dans l'inconscient collectif; Quelle pourrait être la place de la mythologie à ses côtés ? Pourrait-on en utiliser son symbolisme pour enrichir la grille de lecture propre à l'hypnose et en augmenter les propositions thérapeutiques, ou les modifier ? Gaston Bachelard, connu pour sa rigueur méthodique en recherche scientifique déplorait "l'absence de toute étude sérieuse de la mythologie dans l'éducation de notre temps". A partir des mythes "par la sublimation se développent les valeurs esthétiques qui nous apparaissent comme valeurs indispensables pour l'activité psychique normale " (11).

Voyons d'abord ce que le chamanisme (car le chaman a la fonction sociale de guérir) a en rapport avec le mythe : Michel Perrin définit le chamanisme comme l'un des grands systèmes imaginés par l'esprit humain dans diverses régions du monde pour donner sens aux événements et pour agir sur eux. Selon lui, il implique une représentation bipolaire ou dualiste de la personne et du monde. L'être humain est fait d'un corps et d'une ou plusieurs composantes invisibles, souvent qualifiées d'« âmes », qui survivent à la mort. Le monde est également double. Il y a ce monde-ci, visible, quotidien, profane, et un monde-autre. C'est le monde des dieux et de leurs émissaires, des esprits de toutes sortes, des maîtres des animaux ou des végétaux, des ancêtres, des morts... C'est le monde que décrivent les mythes (12).

Le chamanisme serait-il l'ancêtre de l'hypnose, sorte de symbolisme traitant les maux du corps par les mots du sorcier ? Récemment, une patiente en ostéopathie, infirmière de profession me donnait comme motif de consultation "je viens pour que vous m'exorcisiez, en exerçant votre profession dans une zone comme ici (sous entendu campagne-montagne) il faut que vous puissiez enlever les démons des gens", non sans une pointe d'ironie... Je lui répondais "bien sûr, on peut réveiller en vous des armes très puissantes pour terrasser vos démons symboliques".

Les chamans utilisent les tournures langagières semblables à celles utilisées en hypnose. Ce qui compte comme le soulignent tous les chamans c'est qu'aucune des choses mentionnées dans une chanson ne soit évoquée par son nom véritable. On pourrait supposer que ces circonlocutions ne sont absolument pas consciemment destinées à un usage métaphorique, mais des équivalents culturellement déterminé, appris et employé automatiquement sans avoir conscience de leur contenu. Ce n'est certainement pas le cas. Dans chaque cas, la logique métaphorique des paroles des chansons a pu être explicitée sans aucune hésitation.

Les chamans sont tout à fait conscients du sens sous jacent de leur métaphores. Mais pourquoi y ont-ils recours ? Toutes les explications indiquent clairement que ces métaphores sont associées à la clarté de l'expérience visionnaire que les chansons sont censées générer. "Avec mes koshuiti je veux voir, en chantant, j'examine les choses. Le langage double et entrelacé m'en rapproche, Mais pas trop. Avec des mots normaux, je rentrerai en collision avec les choses. Avec les mots doubles et entrelacés, je leur tourne autour, je peux les voir clairement". C'est dans cette expérience visionnaire que l'efficacité magique de la chanson est censée nicher. (13)

C'est bien évidemment dans cette capacité de créer et de refléter des images d'une grande complexité, dans le style direct et immédiat d'une vision intérieure créative, qui a donné à la métaphore son rôle central dans, par exemple, les traditions poétiques européennes, comme Ricoeur et bon nombre d'autres l'ont relevé. Il n'est donc pas difficile de voir comment, en n'utilisant que des mots qui attirent l'attention sur les infimes similarités entre des éléments dissemblables, le chamane s'efforce d'affiner ses images, tout en créant un espace où ces visions peuvent se développer. Sa formulation selon laquelle les mots normaux le feraient entrer en collision avec les choses traduit suffisamment bien cette idée.

Pour Lévy Strauss, "le chaman a le même double rôle que le psychanalyste : un premier rôle d'auditeur pour le psychanalyste et d'orateur pour le chaman...le chaman s'incarne, comme le psychanalyste objet du transfert, pour devenir, grâce aux représentations induites dans l'esprit du malade, le protagoniste réel du conflit que celui-ci expérimente à mi-chemin entre le monde organique et le monde psychique. L'efficacité symbolique consisterait précisément dans cette "propriété inductrice" que possèderaient, les unes par rapport aux autres, des structures formellement homologues pouvant s'édifier, avec des matériaux différents, aux différents étages du vivant : processus organiques, psychisme inconscient, pensée réfléchie". (14) L'hypnose y participe de manière majeure.

L'aspect symbolique est abordé en hypnose et pas en ostéopathie. Maintenant, que serait une libération symbolique sans le travail du corps ? A deux reprises des patients sont venus en séance d'ostéopathie, libérés d'une douleur de zona par un(e) magnétiseur(se), mais dont l'articulation demeurait douloureuse, sur laquelle je retrouvai une dysfonction articulaire, peut-être une manifestation collatérale de la maladie avec un spasme musculaire associé à la douleur... Réactions en chaîne dont l'ostéopathe déchaîne les maillons. Bref, une fois la séance terminée, le patient avait retrouvé deux choses : on lui

avait enlevé le mal d'un côté, de l'autre on avait soigné son corps. Les résultantes psychiques et physiques sont inhérentes à tout symptôme, même à minima. La moindre émotion provoque à minima des réactions hormonales et neuro-végétatives donc physiques, le moindre symptôme est associé à un affect.

Cette ébauche de liens étroits ne permet pas de trancher entre l'exclusivité de l'une ou de l'autre des thérapies, les deux pouvant travailler sur tout, mais pas tout soigner... Voyons maintenant si l'association en alternance est préférable à la concomitance ou à l'exclusivité.

L'ostéopathie puis l'hypnose (ou le contraire...)

Le lien entre l'ostéopathie et l'hypnose s'affinant, il devint de plus en plus évident de concilier les deux, soit en hypnose conversationnelle lors d'une pratique d'ostéopathie conventionnelle, soit d'allier les deux sur des temps différents. Beaucoup de patients venant pour un problème psychosomatique commenceront par faire une séance d'ostéopathie, pour éliminer en premier lieu une cause physique. Souvent, et c'est d'un bon ordre thérapeutique, la cause organique sera éliminée en amont par le médecin traitant via des examens complémentaires d'imagerie médicale et/ou biologiques. Une fois la cause organique disculpée, la cause fonctionnelle et/ou psychologique prédominant, le champ d'action de l'ostéohypnose prend tout son sens. Il est possible de travailler sur une cause organique, si elle est prise en charge en amont de manière médicale. L'application simultanée des deux techniques n'ayant pas été jusqu'alors concluante, c'est dans leur application en alternance que l'efficacité sera la plus probante. Comme nous venons de le voir, l'ordre d'acceptation sera somatopsychique, l'hypnose suivant l'ostéopathie. La plupart du temps, le "vrai" motif ne sera pas indiqué tout de suite par le patient. Une cause futile, détournée ou même inventée sera à l'origine de la prise de rendez-vous. Un orteil à soigner, un bilan car "tout va bien", des ballonnements, tout est prétexte à prendre contact...et c'est très bien.

Pierre ou la respiration de l'épaule

Pour des raisons de secret médical les études de cas ne sont pas disponibles en ligne.

Un échec pour moi, un succès pour la patiente : le cas de Brigitte

Pour des raisons de secret médical les études de cas ne sont pas disponibles en ligne.

Conclusion

La petite expérience clinique et le nombre réduit de patients ne permettent pas d'établir un bilan statistiquement probant entre la pratique de l'hypnose et celle de l'ostéopathie. De plus, les publications relatives à l'alliance des deux thérapies font défaut. Cependant, au vu des résultats de ces deux premières années, il pourrait être intéressant de continuer à exercer les deux thérapies, soit sur des temps conjoints, soit sur des temps alternés.

La porte d'entrée du cabinet d'ostéopathie se pousse souvent à cause des maux du corps. Certains patients ne comprennent pas qu'une douleur physique puisse avoir une origine psychologique, et inversement (psycho-somatique, somato-psychique); C'est le symptôme douleur qui amène le patient à consulter et non son état émotionnel et les mots "votre douleur est dans la tête" ou "votre douleur est psychologique" sont à l'origine de nomadisme médical (15). Une initiation à l'hypnose pourrait être proposée dans les écoles d'ostéopathie, sur la base du volontariat par exemple. La différence entre l'hypnose conversationnelle et formelle est avant tout didactique, nombre d'ostéopathes font de l'hypnose sans le savoir, et nombre de patients expérimentent la transe thérapeutique lors de leur séance d'ostéopathie sans la chercher. La formation en hypnose permet de travailler avec tout cela, de favoriser l'accès du patient à ses ressources propres pour aller vers la guérison, pour son plus grand bénéfice.

Le fait de prendre en compte l'émotion en séance d'ostéopathie n'empêche pas d'observer et de travailler avec les lois de la physique ni celles de la mécanique. Je considère qu'il est important de continuer à me former d'un point de vue ostéopathique et médical pur, bien des domaines techniques et théoriques me restent à approfondir pour parfaire mon art.

Il reste à définir, maintenant que nous avons vu la possibilité de dissocier dans le temps les deux pratiques, si elles doivent être dissociées d'acteur, si l'ostéopathe "de famille" peut être l'hypnothérapeute "de la même famille". La personne qui touche le corps peut-elle à la fois en être le confident de l'esprit ? Que faire de la confiance du patient dont on a "sauvé la vie" car on l'a libéré de sa douleur (alliance thérapeutique) et qui fait un pas qu'il n'avait jamais franchi, celui de la maison de la psychothérapie (fut-elle brève)... L'envoyer chez un confrère ? Car déjà les questions de transfert et de contre transfert apparaissent dans le miroir...

Annexe 1

Pour des raisons de confidentialité l'annexe n'est pas disponible sur la version en ligne !

Cela cessa de me faire mal...

Cela cessa de me faire mal, mais si lentement
Que je ne pus voir le tourment s'en aller -
Mais sus seulement, en regardant en arrière -
Que quelque chose - avait engourdi le chemin -

Ni quand ce mal changea, je ne pourrais le dire,
Car je l'avais porté, jour après jour

Ni ce qui le consola, je ne pus en détecter la trace -
Excepté que, alors que c'était le Désert -
C'est mieux - Presque la paix -

Emily Dickinson.

Bibliographie

1. GROUPE DE RECHERCHE ET D'ETUDE EN MEDECINE MANUELLE OSTEOPATHIQUE. Disponible sur <http://www.gremmo.net/bouclegamma.html>
2. KORR I.-M. Bases physiologiques de l'ostéopathie. Frison Roche. 1996.
3. MALINOWSKI B. The sexual Life...loc. cit., p.40.
4. DR ROSENFELD Frédéric. Méditer, c'est se soigner. Broché
5. ROUSTANG F. La fin de la plainte. Poche Odile Jacob. 2009.
6. ARTWET. Le projet life environment Artwet. Page consultée le 25/12/13. Disponible sur <http://artwet.fr/depotcel/DepotCel/142/incarnation/PPM044.pdf>
7. BILLETTER J.F. Un Paradigme. Allia, 2007. p.26.
8. BENHAIEM et ROUSTANG. L'hypnose ou les portes de la guérison. Odile Jacob, 2001. p 140.
9. GUIMBERTEAU J-C, M.D. Page consultée le 29/12/13. Disponible sur <http://www.guimberteau-jc-md.com/fr/videos.php>
10. DAUBARD Maurice. Le yogi des extrêmes. Page consultée le 29/12/13. Disponible sur <http://www.mauricedaubard.com/etanglace.htm>
11. BACHELARD Gaston. La terre et les rêveries de la volonté. Librairie José Corti. 1948.
12. PERRIN M. Le chamanisme. Que sais-je ?
13. NARBY Jeremy, HUXLEY Francis. Anthologie du chamanisme. Albin Michel. 2009.
14. LEVY-STRAUSS Claude. Anthropologie structurale. Plon, p 219.
15. LAJOUS E. et FRANZETTI G. L'algodystrophie ou les larmes du corps. Revue Hypnose et Thérapies brèves hors série n° 3, p 57.
16. ASTHMA-REALITY. Page consultée le 29/12/13. Disponible sur <http://www.asthma-reality.com/acup2.htm>
17. MARIEB. Anatomie et physiologie humaine. De Boeck université. 2° édition. p. 414.