

# LA PNL EN OSTÉOPATHIE

## COMMENT DOPER LE PLACEBO

### Qu'est-ce que la PNL ?

La **PNL** est l'acronyme de «**Programmation Neuro-Linguistique** ». Elle sera décrite par certains comme un outil de communication, comme une modélisation de notre fonctionnement comportemental, ou comme une thérapie brève.

Une description plus personnelle serait la "science du placebo".

La **PNL** permet d'utiliser le langage afin de mieux comprendre, de mieux communiquer et offre la possibilité d'influer sur la perception du monde imaginaire que l'on se crée de la réalité.

Nous n'allons pas énumérer tous les préceptes de La **PNL** mais en voici quelques uns qui nous aideront à comprendre l'utilité de la **PNL** en **Ostéopathie**.

-“Mon monde est unique” : L'interprétation du monde qui nous entoure n'est pas la même que celle de notre voisin car nos capacités sensorielles et les interprétations de ces sensations sont évidemment différentes. Notre environnement, nos capacités, notre comportement, nos croyances et valeurs vont façonner notre vision imaginaire du monde réel.

-“Nous réagissons par rapport à notre réalité” : Nos actions et réactions sont alors définies par le monde que nous nous créons de la réalité. C'est la raison pour laquelle il est souvent difficile de comprendre et d'accepter le choix ou les actions d'autrui par exemple.

-Nous avons toutes les ressources” : Bien que ce précepte soit un peu extrême, il sous-entend que nos capacités d'adaptation, de changement, d'évolution sont beaucoup plus grandes que nous ne l'imaginons. Trop souvent nous nous limitons dans notre développement personnel car nous nous pensons pas aptes: *“apprendre une autre langue ? oh ! j'ai passé l'âge...”* En agissant ainsi nous nous renfermons dans une zone de confort qui rétrécit alors inéluctablement.

### Pourquoi avoir recours à la PNL en ostéopathie?

Le motif de consultation en **ostéopathie** est généralement celui de la **douleur**. La **douleur** est une perception de son propre corps et comme toute perception c'est une interprétation subjective de la réalité. On ne nie pas le fait qu'il y ait une souffrance mécanique (et c'est sur cette souffrance que l'**ostéopathie** va s'efforcer de soulager) mais il y a aussi une souffrance imaginaire qui est le résultat de l'interprétation de la **douleur** dans sa propre réalité. C'est notamment cette partie de la **douleur** qui répond à l'effet placebo et qui va aussi être intimement connecté et influencer insidieusement sur la souffrance mécanique.

En travaillant sur la représentation que le patient a de la réalité, la **PNL** va permettre de modifier la partie “imaginaire” ou subjective de la **douleur**. La **PNL** dopera ainsi l'effet placebo du traitement ostéopathique. Vu que l'utilisation de la **PNL** est une approche verbale elle n'empiète même pas sur le temps imparti au traitement ostéopathique! Pourquoi alors s'en priver ?!

Intéressons-nous à différents axes d'utilisations de la PNL en Ostéopathie:

### **Éviter un champs lexical relatif à la douleur**

Une expérience a été réalisée afin de voir à quel point les mots peuvent influencer sur notre comportement. Le but officiel de cette expérience été d'évaluer la mémoire des candidats qui étaient séparés en 2 groupes. Le premier a reçu une liste de mots dont certains avaient un champs lexical de la vitesse, urgence et stress dans l'autre groupe c'était le contraire le vocabulaire tendait vers le “cool”, la détente, la relaxation ... A la fin de l'expérience on chronométrait le temps que mettait les sujets de la sortie de la salle jusqu'à l'ascenseur situé au fond d'un couloir. Vous devinez ce qu'il se passait, les gens qui avaient reçu la liste de mots relatif à l'urgence mettaient moins de temps que ceux de l'autre groupe !

Cette expérience montre clairement que le vocabulaire que l'on utilise peut avoir un impact important sur l'inconscient de notre interlocuteur.

L'utilisation d'un vocabulaire relatif à la **douleur** aura tendance à valider le ressenti du patient et le renforcera dans une pensée négative “j'ai une **douleur**, j'ai mal, je souffre”. Il serait alors peut-être plus judicieux de substituer au vocabulaire relatif à la **douleur**, un vocabulaire plus neutre tel que “sensation, ressenti, sensible, gêne, dés—agréable...”.

Comparons ces 2 phrases et jugez de leurs impacts:

\_ Ostéo: “*Cette **douleur**, quand vous fait-elle **mal** ?*” et “*Cette sensation, quand la ressentez-vous ?*”

Imaginez à présent l'impact sur l'inconscient du patient l'écoute d'un vocabulaire relatif à la **douleur** pendant toute une séance !

En utilisant un langage exempt de connotations douloureuses, on tend à rendre cette notion de **douleur** plus subjective, plus indéfinie, plus trouble. La représentation de la réalité du patient commence à se modifier, il ne souffre plus d'une **douleur** qui semble assez constante, assez intense, mais d'une gêne peu agréable et intermittente.

### **Les 3 principales préférences verbales**

En **PNL** on considère que l'on a, à certains moment, une représentation et une interprétation plus visuelle, auditive ou kinesthésique de la réalité. A ces moments-là notre manière de communiquer aurait alors plus une tendance visuelle ou kinesthésique ou auditive. Pour créer un rapport avec le patient (situation de bonne communication)

il vaudrait mieux utiliser les mêmes préférences verbales. Avec un auditif utiliser un vocabulaire sonore, avec un visuel un vocabulaire visuel etc...

Manquer à cette règle peut amener à une mauvaise communication avec son patient, et par conséquent un mauvais feeling du patient vis à vis de son praticien:

(visuel) \_ "vous **voyez** ce que je veux dire?"

(auditif)\_ "euh non, ça ne me **dit** rien du tout"

### **La douleur: une représentation kinesthésique**

Un patient qui vient consulter pour une douleur aura certainement tendance à avoir une représentation principalement kinesthésique de la réalité. En faisant cela leur représentation de la réalité tourne autour du ressenti corporel ne laissant que peu ou plus de place à leur représentation visuelle ou auditive.

La douleur n'existant que principalement dans cette représentation kinesthésique, il peut être intéressant de ramener cette sensation dans une représentation visuelle. D'une part on va inciter le patient à quitter sa représentation exclusivement kinesthésique de la réalité pour "déstabiliser" sa représentation de la douleur et d'autre part on va pouvoir ensuite utiliser différentes techniques de PNL pour modifier, amoindrir ou casser cette représentation visuelle imaginaire de la douleur. En faisant cela on atténuera une partie de l'imaginaire de la douleur.

### **La notion d'ancrage dans la douleur chronique**

#### **Qu'est-ce qu'un ancrage ?**

Un **ancrage** est un réflexe de Pavlov. En **PNL** un **ancrage** est l'association d'une stimulation à un certain état émotionnel. Par la suite la même stimulation recréera ce même état émotionnel. En fait on pourrait étendre "état émotionnel" à "toute réaction automatique" et utiliser le terme de conditionnement..

Un ancrage est efficace si une stimulation futur provoquera un état émotionnel (ou une réaction automatique) aussi fort qu'initialement "programmé".

Pour créer un ancrage très efficace il faut: soit associé une forte ou très originale stimulation à un fort état émotionnel ou sinon associé à des stimulations originales et répétées un certain "état émotionnel" ou "réaction automatique".

Exemple d'ancrage et de conditionnement:

1. Une phobie est très souvent due à un ancrage "forte stimulation-fort état émotionnel". "J'ai une phobie de l'eau, petit je me suis presque noyé..." *eau => **noyade (peur) étant petit*** et à présent *eau=> **grande peur = phobie***

2. S'arrêter à un feu rouge. C'est un conditionnement à une stimulation originale (feu rouge) associé à une réaction automatique (s'arrêter). Les stimulations/réactions ne

sont pas fortes mais elles sont extrêmement répétées (plusieurs fois par jour depuis plusieurs années). Cet ancrage est très efficace car d'une part on s'arrête sans même y prêter attention (de manière automatique) et en plus on le fait contre toute raison! combien de fois en pleine nuit, le feu reste bloqué pendant 2 minutes et on attend alors qu'il n'y a absolument personne !? (n'y voyez aucune incitation à brûler un feu rouge)

3. Un autre conditionnement assez étrange est celui des escalators. Lorsque l'on arrive sur la première marche d'un escalator notre pied se dérobe en avant, produisant ainsi une perte d'équilibre vers l'arrière et inversement à l'arrivée. À force de les utiliser nous anticipons cette perte d'équilibre en nous projetant légèrement vers l'avant au départ ou en arrière à l'arrivée. Nous sommes tellement conditionnés à ce contre-balancement que lorsque nous arrivons sur un escalator qui ne fonctionne pas nous trébuchons vers l'avant et vers l'arrière à l'arrivée ! Preuve en est qu'un conditionnement/ancrage peut jouer des tours à notre système proprioceptif.

### **Les ancrages propres aux douleurs (chroniques)**

Nous pourrions tout aussi bien parler des douleur aiguës mais l'ancrage des douleurs chroniques est beaucoup plus vicieux, insidieux et efficace. Imaginons que vous souffriez d'une douleur chronique depuis plus de 3 ans au niveau du genou gauche. À chaque fois que vous montez un escalier, une douleur aiguë traverse votre articulation. Beau mécanisme d'ancrage en perspective ! **monter escalier => douleur aiguë genou** et toutes les 2 marches Aïe ! on y remet une couche... De quoi commencer à appréhender la montée d'un escalier n'est-ce pas? Cet ancrage va très certainement aussi augmenter le ressenti de la douleur, vous faisant ressentir une sensation désagréable le jour où le genou n'est alors pas douloureux.

Un test intéressant pour savoir si une douleur a "contaminer" votre imaginaire, est de *penser* à une situation où habituellement vous ressentez la douleur et *visualisez*, *ressentez* si dans cette situation imaginaire vous souffrez. Si oui, alors il y a de fortes chances pour que vous ayez un ancrage puissant vis à vis de cette douleur et qu'une partie de cette douleur ou cause de cette douleur prend place dans votre imaginaire.

Imaginons à présent que votre ostéopathe préféré règle votre soucis de genou en améliorant la mécanique pelvienne, et des membres inférieurs (et autres bien sûr...). A t-il lever les ancrages propres à votre douleur ? non. Que se passera t-il à votre prochaine montée d'escalier ? l'ancrage **escalier=> douleur** est toujours actif, et il est fort à parier que cet ancrage vous donnera au moins une appréhension de l'escalier et vous rendra trop à l'écoute de toutes sensations émanant du genou, une sorte d'hypersensibilité proprioceptive. Cette hypersensibilité pourra transformer une sensation en gêne, voire en douleur. Ne pas lever cet ancrage retardera et peut-être limitera votre amélioration.

### **En conclusion**

La **PNL** est un monde très vaste. Ce qui a été vu ci-dessus n'est que la partie visible de l'iceberg, ce qui est peut-être de plus flagrant comme utilisation de la **PNL** dans le

domaine de l'ostéopathie. Nous aurions aussi pu voir la notion de "zone de confort", les "motivateurs", comment répondre aux attentes du patient en utilisant le modèle "4mat" etc.

La compréhension de la **PNL** et des autres "sciences" du domaine de la suggestion (hypnose, sophrologie...) est à mon sens la réponse au placebo et aux grigris en tout genre en passant par la "chirurgie bio-énergétique". Dans d'autres articles comme plume de Dumbo ou placebo en ostéopathie, l'homéopathie quand Boiron nous prend pour des cons, le Power Balance, il se peut que le lecteur ait cru comprendre que je sois contre le placebo. Il n'en est rien. Il est évident que soigner l'imaginaire est très important et qu'il faille utiliser l'imagination! Mais par contre il est insupportable de vouloir traiter l'imaginaire par l'utilisation de grigri aux prétendus pouvoirs énergétiques. C'est mentir au patient/client et au final c'est rabaisser l'intelligence collective en faisant croire des inepties et des croyances en tout genre.

Notre cerveau "a toutes les ressources", apprenons à les utiliser.