

LA PSYCHOLOGIE DES TISSUS

Article réédité, complété et traduit de **psychology of the tissue**, Janvier 2008

Cet article est composé de sous-articles qui sont à lire afin d'en saisir la globalité. Ces sous-articles porteront la mention (à lire).

L'écriture d'un tel article est sensible car elle tire l'ostéopathie vers l'empirisme, le mystique, et peut-être l'ésotérisme. Ceci est fort déplaisant car étant un ostéopathe à tendance sceptique-scientifique, ce genre de sujet est un peu un tabou. Bref on en parle entre **ostéopathe**, mais loin l'idée d'aller en parler à collègue médecin. Le ridicule ne tue pas certes, mais discrédite efficacement. Cependant l'**ostéopathie** est loin d'être une pure science et a pourtant bien réussi à faire ses preuves là où des thérapies plus scientifiques ont échoué, ce qui pour certains peut-être dérangeant. Osons donc plonger vers des concepts plus théoriques, tout en gardant un esprit ouvert mais critique.

Commençons par 2 petites anecdotes:

- La première provient probablement d'un livre de B. Weber:

Un père et son enfant se sont donnés comme mission de faire rentrer un âne dans un box. Le père dirige l'âne vers l'entrée du box et au moment où l'âne devrait rentrer il s'y refuse. Le père commence à le pousser mais l'âne résiste et plus le père le pousse plus il résiste. L'enfant regarde la scène avec amusement. Après quelques minutes, le père et l'âne en sont toujours au même point, et le fils qui assiste à sa première représentation de Charlie Chaplin rie aux éclats. Le père atteint dans son amour propre lui dit : "aide-moi au lieu de ricaner". Le fils s'avance alors et tire sur la queue de l'âne qui aussitôt s'engouffre dans le box.

-La deuxième est une anecdote que nous raconta un de nos enseignant-tuteur de l'ESO:

Ce professeur, Colum Gregory pour ne pas le mentionner, nous fit part d'une de ses expériences en clinique lorsqu'il était étudiant à l'ESO sous la tutelle de Gez Lamb. Il s'acharnait alors sur la 9ème thoracique de l'une de ses patientes mais sans succès, il n'arrivait pas à la "faire craquer". M. Lamb entra dans la salle et lui suggéra de faire un déroulement fascial en se focalisant sur T9 et d'utiliser l'une de ses jambes comme levier (Cher lecteur l'incompréhension de ce que vous venez de lire est à la hauteur de l'irrationalité de cette technique). La patiente fondit en larme, elle se rappelait d'un épisode de sa jeunesse où des garçons l'avait attachée à un arbre et avaient été particulièrement méchants avec elle. Relâchement émotionnelle, relâchement de cette T9.

On aurait pu utiliser un tractopelle pour pousser l'âne dans son box ou faire appel à un catcheur professionnel pour faire "craquer" cette T9, mais une approche plus spécifique et adaptée aux besoins du "patient" semble être la clef.

En cabinet nous sommes constamment confrontés à faire le choix d'une technique particulière sur une tension particulière chez un patient particulier.

- Sur certains patients une manipulation vertébrale va avoir une très grande efficacité alors que sur d'autres les tissus vont se contracter d'autant plus.
- Sur certains patients, le massage d'un muscle va le relâcher alors que sur d'autres cela va le rendre encore plus réactif.
- Faire des techniques "crâniennes" va avoir des résultats presque miraculeux sur certains patients alors que sur d'autres, on leur donnerait raison de crier au charlatanisme.

Est-il possible que pour chaque tension tissulaire de chaque patient, qu'une technique soit plus efficace qu'une autre avec le moins d'effets secondaires ?

Laquelle utiliser ? HVT, LVT, effleurage, massage profond, point gâchette, aiguille sèche, BLT, A/P, MET, PNF, étirement, GAT, oscillation rythmique, déroulement fascial, recoil, strain-counterstrain, induction, technique fonctionnelle...

Y aurait-il une explication au fait que certains patients réagissent mieux à certaines techniques qu'à d'autres ?

Une explication résiderait dans l'existence d'une **psychologie des tissus**.

Ces différentes techniques ne seraient-elles pas tout bonnement, différentes manières de s'adresser au corps et de communiquer avec les tissus ?

Si l'on veut pouvoir utiliser le terme de **psychologie des tissus**, faut-il d'abord leur reconnaître une **mémoire**. C'est parce qu'il y a une **mémoire** des traumas ou expériences passés que leur réponse va être différente en face d'un même stimulus. Cette réponse unique en face d'une même stimulation met en évidence une certaine individualité du **tissus**.

(article à lire) La Mémoire Tissulaire

D'après ce précédent article nous pouvons tirer des renseignements, qu'il faut interpréter je vous le rappelle de façon ouverte mais critique.

1. Une blessure ou un trauma va affecter la structure d'un **tissus**. Cette structure modifiée est le témoignage de ce trauma. Cette modification de structure est une mémoire structurelle de ce trauma. Les interprétations et les actions (la fonction) de ce **tissus** s'en trouvent modifiés.
2. A un trauma physique ou à une sensation peut être attaché, une émotion ou une **mémoire** d'un évènement. La stimulation de cette endroit peut éliciter et rappeler cette **mémoire** ou cette émotion (réflexe de Pavlov). Une fois cette émotion élicitee, en fonction de sa positivité, les tissus seront influencé par cette émotion.
3. La **mémoire** d'un trauma mental ou le stress peut affecter nos **tissus**. Le changement tissulaire issu de cette stimulation sera le témoignage ou une mémoire de ce stress mental.
4. La mémoire d'un trauma passé peut nous rendre "sur-protecteur" de l'endroit affecté. La surexcitabilité tissulaire constante autour de l'endroit va faire que les

tissus vont modifier leur structure. Cette modification est une **mémoire** tissulaire de l'appréhension de la réactivation de la douleur.

Nous pouvons donc en déduire que chaque **tissus** traumatisé sera unique à cause de l'unique **mémoire** structurelle, émotionnelle et psychologique qui y est associée.

Si tous les **tissus** traumatisés sont uniques, alors leur réaction et comportement face à un même stimulus seront différents. Deux restrictions tissulaires vont donc nécessairement réagir de manière différente face à la même technique ostéopathique. Chaque dysfonction somatique aurait donc sa propre "psychologie".

(article à lire) **Différentes morphologies, différentes psychologies**

(article à lire) **Différentes morphologies, différentes approches ostéopathiques**

Ce qui devient très intéressant c'est à présent de mettre en parallèle le profil psychologique de chaque morphotype et le type de technique utilisé:

Mesomorphe:

profil psychologique: agressif, dominant, confiant, courageux, brave, vigoureux, compétitif, autoritaire

techniques utilisées: HVBA (technique pour "faire craquer"), technique articulaire puissante, massage profond, points gachettes

Ectomorphe:

profil psychologique: introverti, intellectualise, distant, précautionneux, introspection, inhibé, hypersensible

techniques utilisées: BLT (balance ligament tension), technique fonctionnelle (ease-bind), technique fasciale antéro-post, crânien

Endomorphe:

profil psychologique: sociable, bon-vivant, convivial, amour du confort, détendu, adaptable

techniques utilisées: GOT, pompage, technique de recoil fascial, technique oscillatoire et rythmique

Cette corrélation entre le type de techniques utilisées pour chaque morphotype est particulièrement intrigante, frappante et même perturbante. Les techniques fortes, imposantes, agressives vont être les techniques de choix pour les mésomorphes. Les techniques réfléchies, d'écoute et de ressenti vont être elles utilisées pour les ectomorphes, et les techniques rythmiques oscillatoires et de pompages qui sont agréables, rondes, harmonieuses et qui jouent avec l'élasticité du patient pour les endomorphes.

En fait les techniques à utiliser pour chaque profil correspond à la meilleure manière de communiquer psychologiquement avec les tissus du patient.

Prenons 2 exemples: Un joueur d'échec ou un programmeur à lunettes et un soldat de la légion étrangère. Je vous laisse imaginer les différences au niveau physique et psychologique. Ils sont chacun bloqués dans un cheminement de pensée "A" et vous souhaiteriez les convaincre de penser "B".

Le joueur d'échec: c'est par la logique qu'il est arrivé à cette pensée "A". Que se passe-t-il si vous imposez ou lui ordonnez de penser "B"? il acceptera au premier abord, puis doucement reviendra vers sa pensée logique qui été "A", il n'aime d'ailleurs pas qu'on lui dise ce qu'il doit faire... Si par contre vous utilisez une technique psychologique (technique fonctionnelle de type ease-bind) qui l'amène pas à pas au raisonnement B et cela sans conflit, prouvant ainsi que son raisonnement initial était erroné et que le raisonnement B trouve tout son sens, vous pouvez être certain qu'il pensera B. Pour un ectomorphe, lui imposer une idée sans explication est une insulte à son intelligence.

Le soldat de la légion étrangère s'est mis bille en tête A dans le crâne. Pensez-vous qu'en utilisant une technique raisonné vous allez réussir à convaincre votre soldat ? Une technique autoritaire ne serait-elle pas plus adaptée ? "Pensez B sans poser de question, ne discutez pas mes ordres soldat !". Le soldat n'est pas intéressé dans la logique mais dans la personne qui fait figure d'autorité. Une personne qui veut passer par la logique ne peut pas être dominante à son égard, quelque part il va respecter celui qui impose sans se justifier. D'après lui, seules les personnes peu sûres d'elles se justifient.

Nous avons donc vu qu'a priori:

1. A chaque profil morphologique existait une tendance psychologique
2. A chaque profil morphologique existait une tendance d'approche ostéopathique
3. Qu'il y avait une certaine similitude entre les techniques à utiliser et la tendance psychologique.
4. Comme aux dysfonctions somatiques sont attachées des mémoires et des émotions. Ces mémoires et émotions seront très dépendantes du profil psychologique du patient.

Ne serait-il pas possible que nos techniques ostéopathiques soient des techniques de psychologie manuelles ? Dans ce cas chaque technique est une technique de psychologie manuelle qui nous permet de communiquer avec le tissus traumatisé du patient. N'y aurait-il pas ainsi une technique qui soit plus adapté à chaque type de dysfonction somatique en fonction du profil psychologique du patient, de la circonstance dans laquelle ce trauma est arrivé, et quelles émotions ont été attachées à ce tissus traumatisé.

Tentons ainsi de faire un décryptage de ces techniques ostéopathiques en techniques psychologiques

(article à lire) Décryptage de techniques ostéopathiques en techniques psychologiques

Pourrait-il y avoir communication palpatoire entre le praticien et le patient ?