

LES OSTÉOPATHES POSSÈDENT-ILS LE DON DE PSYCHOMÉTRIE ?

Ici, le terme de **psychométrie** est utilisé dans le sens **parapsychologique**.

La **psychométrie** est utilisée par des **médiums** ou **voyants**. Vous leur apportez un objet et ils vont ressentir un **flash** et vont décrire l'histoire de cet objet et de la personne à qui il appartient.

Si nous ramenons cela à l'**ostéopathie**, alors est-ce qu'un **ostéopathe** peut avoir la capacité de ressentir un "**flash**" d'une situation ou d'une **émotion** en touchant un patient (l'objet) et arriver à décrire des circonstances précises qui ont affecté ce même patient?

Tout d'abord il faut arriver à définir exactement ce qu'est la **psychométrie**. En effet si vous prenez en main un verre ébréché, il y a de forte chance que vous puissiez imaginer qu'il soit tombé de sa longueur sur une assiette ou heurté à une autre vaisselle lors de son rangement. Cette imagination (débordante) peut vite être assimilée à un flash... Appelle-t-on cela un **don de psychométrie** ou seulement une capacité déductive?

De nombreux **ostéopathes** affirment avoir la capacité de ressentir les anciens traumas, les **émotions** d'un patient, ou encore de ressentir un évènement marquant dans la vie de leur patient. Cela est-il possible? où est-ce seulement la résultante d'une capacité déductive combinée à des sensations palpatoires, visuelles, auditive associé avec une touche de **cold reading** ?

Différents niveaux de psychométrie:

Sachant que nous sommes dans le domaine la **parapsychologie**, il est sans doute irréaliste d'essayer d'obtenir une définition claire de ce qu'est cette **psychométrie**. Nous allons donc essayer de définir 4 différents niveaux **psychométriques** dans la pratique de l'**ostéopathie**, des niveaux des plus basiques aux revendications des plus surprenantes...

Niveau 0:

C'est le niveau du plus débutant des **ostéopathes**, celui qui n'a jamais touché un **patient**. Sa bibliothèque palpatoire est vide et n'a que peu de compréhension musculo-squelettique et psycho-dynamique entre lui et le patient. Bref à ce niveau, il est clair que le thérapeute n'est pas apte à avoir la moindre compréhension du corps du "patient" qu'il aurait devant lui. A ce niveau il n'est pas pensable qu'il puisse faire preuve de capacité **psychométrique**, à moins qu'il ait réellement un **don psychométrique** (tant bien que ce **don** existerait).

Niveau 1: (novice 1 à 2 ans de pratique)

Le niveau 1 en “**psychométrie ostéopathique**” est en fait le niveau le plus basique que doit pouvoir atteindre n'importe quel **ostéopathe**:

Lors d'un trauma violent ou répété, les muscles vont se contracter violemment ou répétitivement autour d'une articulation. Si violemment ou répétitivement qu'ils auront du mal à se détendre après le trauma ou micro-traumas. Ce manque de mobilité favorise l'apparition d'une fibrose locale (dysfonction somatique). Si le trauma passé était suffisant pour rompre des ligaments alors une hyper-laxité se fera ressentir avec parfois des chaînes musculaires constamment actives pour stabiliser l'articulation.

Même après plusieurs mois ou années, votre **ostéopathe** pourra, en testant les mouvements mineurs de vos articulations, repérer ces zones qui ont été traumatisées dans le passé et cela sans communications ou indices verbales.

Ce niveau 1 de “**psychométrie ostéopathique**” est essentiel à atteindre pour pouvoir s'appeler **ostéopathe**. Si le dit “**ostéopathe**” n'est pas capable d'identifier ces “**lésions ostéopathiques**”, alors il ne peut pas traiter convenablement son patient.

Niveau 2: (intermédiaire 3 à 5 ans)

Une fois expert en niveau 1 de “**psychométrie ostéopathique**” l'**ostéopathe** atteint généralement le niveau 2. Le niveau 2 c'est la capacité de dater d'une lésion ostéopathique.

En fait un tissu traumatisé va changer au fil du temps. Au début lorsque la douleur est vive, les muscles vont être très réactifs. puis au fil du temps ces muscles vont chercher à s'économiser en s'hypertrophiant (ils grossissent) puis se fibrosent (deviennent plus rigide et moins élastiques) et enfin ils s'atrophient. Ce processus s'étend sur plusieurs années et dépendent de l'importance du trauma, de la vitalité du patient, de l'âge auquel le trauma est arrivé, et du fait que le patient ait été traité ou non (...)

Avec un peu d'expérience, l'**ostéopathe** devient apte à reconnaître des **lésions ostéopathiques** récentes des plus anciennes et peu même arriver à les dater avec plus ou moins de précision.

Bien évidemment cela demande pas mal d'entraînement et pour réellement s'améliorer à ce niveau, l'**ostéopathe** doit littéralement changer l'ordre du déroulement de ses traitements. L'anamnèse doit passer après l'examen physique du patient, car ainsi l'**ostéopathe** se force à trouver les **lésions ostéopathiques** et essaie de les dater sans en avoir connaissance au préalable. Faut-il encore s'assurer qu'il n'y a pas de contre-indication majeure à l'examen.

Mais à quoi sert-il de pouvoir dater les lésions ostéopathiques?

Ceci peut-être utile pour certaines approches **ostéopathiques**. Certains ostéopathes ne veulent travailler que sur les lésions ostéopathiques primaires (les plus vieilles et plus traumatiques). D'autres préfèrent d'abord travailler sur les plus récentes, puis enlever

couche après couche les tensions les plus anciennes. Ainsi dater une lésion leur permet d'orienter leur traitement.

Jusqu'au niveau 2, même si cela peut déjà paraître surprenant qu'une main entraînée puisse faire cela, il est évident que 95% des **ostéopathes** seront d'accord à dire qu'il est possible de trouver des indications de traumatismes antérieurs et de pouvoir les dater avec plus ou moins de précision rien qu'en palpant le corps du patient. Même si une majorité n'est pas forcément dans le "vrai", une si grande unanimité est néanmoins un indicateur d'une probable vérité.

À présent si il venait sur un autre sujet de l'**ostéopathie** que cette majorité soit fortement diminuée alors ce serait à coup sûr un indicateur que ce sujet, qui est donc loin de faire l'unanimité, est probablement moins certain. Même si vrai, il faut alors utiliser des "pincettes" et être prudent sur son interprétation et utilisation. Ceci peut-être le cas, par exemple, de l'ostéopathie crânienne.

A partir du niveau 3 en "**psychométrie ostéopathique**" les divergences d'approches et d'opinions par les **ostéopathes** deviennent importantes. Et cette vision plus holistique de l'**ostéopathie** est loin de faire l'unanimité. En effet de nombreux **ostéopathes** ne vont se satisfaire que de l'approche musculo-squelettique terre-à-terre, et ceux qui vont avoir une approche qui relève du niveau 3 ne vont pas forcément la pratiquer et l'expliquer de la manière dont nous allons le faire ici. Comme vu précédemment cela ne veut pas dire que cette approche est "fausse" mais il faut faire preuve de grande prudence quant à son analyse et ne pas affirmer avec trop de certitudes des hypothèses plaisantes qui ne reposent que sur des croyances.

De plus je n'ai que 7 ans d'expérience en **ostéopathie**, ainsi même si je peux me revendiquer d'un niveau "**psychométrique ostéopathique**" 3, je ne serais qu'un débutant à ce niveau. Ma vision de ce niveau ou d'un niveau supérieur devient donc approximative, et impropre au jugement. Car rappelons le, *notre champs de compétence se limite à notre niveau de compétence, ainsi nous ne sommes pas apte à évaluer et à juger des compétences de quelqu'un de plus compétent que soi ou d'une compétence supérieure à la nôtre.*

Bien qu'il me soit arrivé des expériences étranges du type niveau 3 avec des patients, il convient à ne pas s'emballer trop vite et ni à se jeter sur des conclusions hâtives. Le but est d'essayer de trouver un maximum d'explications différentes à ces phénomènes étranges afin d'être réellement objectif avec les-dits phénomènes.

Ceci est la raison pour laquelle le *conditionnel* sera souvent utilisé afin de rappeler cette idée de modération et de supposition. Après avoir vu les 2 niveaux suivants, quelques exemples et hypothèses seront donnés pour essayer de comprendre cette capacité "**psychométrique avancée**".

Niveau 3: (expert 5 à 15 ans)

Ce niveau de "**psychométrie ostéopathique**" se développerait en parallèle au niveau 2 mais serait beaucoup plus difficile à maîtriser. A ce niveau l'**ostéopathe** arriverait à

différencier des tensions purement musculosquelettiques, ou viscéro-somatiques de tensions d'ordre psychosomatiques.

Il arriverait beaucoup plus facilement et rapidement à savoir comment "parler" aux tissus du patient. C'est à dire qu'il saurait quelle technique utiliser en fonction de quel type de tension et quel type de patient.

L'utilisation de techniques fasciales ou crâniennes lui permettrait de ressentir certains attributs des tensions ou de la personnalité du patient. C'est à dire que l'**ostéopathe** serait apte à "lire" les tissus du patient de manière relativement précise et arriverait à révéler le type d'incident d'ordre psychosomatique qui a affecté le patient, et arriverait à le dater.

Niveau 4: (Maître 15 ans +)

Ce niveau est une maîtrise profonde du niveau 3. A ce niveau l'**ostéopathe** arriverait de manière presque systématique à donner une description précise de l'incident qui a affecté le patient. Il arriverait à révéler des séquelles de traumatismes à distance (en se plaçant sur les pieds ou le crâne, par exemple) et à les dater avec précision.

Au niveau 3 et 4 l'**ostéopathe** pourrait, aux yeux de certains, faire preuve de "clairvoyance".

Ce qu'il faut bien comprendre c'est qu'au niveau 3 et 4, nous rentrons dans un domaine obscur de l'**ostéopathie** qui reste tabou même dans le milieu ostéopathique. Quelques auteurs **ostéopathes** s'y sont risqués avec plus ou moins de détachement ou d'auto-satisfaction. A coup sûr ce genre de discours permet de récupérer un grand nombre de patients adeptes à l'**ésotérisme** et au **paranormal**, les patients les plus suggestibles et les plus à-même à enjoliver leur expérience "mystique" avec leur **ostéopathe**, les patients les plus fidèles...

Tentative d'explication du niveau 3 en "psychométrie ostéopathique"

La question que l'on va essayer de répondre est celle-ci : l'**ostéopathe** peut-il en touchant son patient arriver à décrire un état d'âme ou une **émotion** forte que ce dernier ressent ?

Les réponses/hypothèses suivantes sont issues de mes propres interprétations et encore une fois, bien que je voudrais croire en une telle capacité, je suis loin de pouvoir m'en convaincre.

Un lien entre la mobilité crânienne et les émotions ?

Expérience personnelle:

C'était avec une patiente en Malaisie que j'eus cette expérience. Je me demandais ce à quoi pensait un patient lorsque l'on faisait du crânien, notamment lorsque le rythme

crânien s'arrêtait. Si vous avez lu mon dernier article vous comprendrez que je ne suis plus partisan d'une mobilité inhérente des os du crâne, mais cela ne change rien à la suite de l'expérience, cela en serait même une plausible explication. Donc avant de faire l'expérience j'ai informé la patiente de laisser divaguer ses idées. Lorsque je ressentais un arrêt du rythme crânien ou la présence d'un "still point", je le lui disais. A la fin de la séance je lui demandais si ces moments de "still point" correspondaient à quelque chose en particulier. Elle me répondit que très étrangement à chaque fois cela correspondait à un moment où elle pensait à un évènement stressant ou conflictuel.

Étrange ? Dérangeant ? Improbable ? ou tout simplement logique ? Voici une probable explication: Quels sont les premiers signes musculo-squelettiques d'un stress ? Réponse : une tension accrue au niveau des trapèzes et des cervicales.

Puisse ceci influencer sur le ressenti du "rythme crânien"? si les cervicales sont plus figées alors il y a de fortes chances pour que le mouvement initié par l'**ostéopathe** lors du crânien rencontre une résistance accrue au niveau des cervicales et donne lieu à une sensation de restriction crânienne ! Ainsi lorsqu'une personne va penser à un élément stressant, elle va se raidir notamment au niveau des cervicales. Ceci va influencer sur la "mobilité crânienne".

Ce même principe (qui rejoint le principe des mouvements idéomoteurs) est utilisé par des magiciens qui par exemple, vont arriver à deviner un objet dans une pièce qui est choisi par un sujet et cela rien qu'en leur tenant la main. Les sujets vont inconsciemment bouger leur main en direction de l'objet qu'ils ont choisi.

Ainsi chez un sujet démonstratif qui exprime ses **émotions** avec exagération, il deviendrait assez facile de sentir si il pense à des évènements plutôt positifs ou à l'inverse stressants et cela rien qu'en touchant le crâne ! Car par effet idéomoteur ses muscles vont exprimer par contraction cet état émotionnel.

Hypothèse en faveur d'une capacité psychométrique ostéopathique de niveau 3

Si l'on veut croire qu'un thérapeute puisse ressentir les **émotions** ou l'état d'esprit de son patient avec sa palpation, il faut déjà déterminer où est l'endroit le plus susceptible d'emmagasiner ce stress, et quel type de technique va permettre à l'**ostéopathe** de lire ces tensions.

Où peuvent bien se loger les tensions **émotionnelles** ?

Il faut tout d'abord cerner quel endroit du corps est susceptible d'être affecté par des **émotions**, notamment par des **émotions** "négatives" (tristesse, angoisse, peur, colère). Le gros doigt de pied ? la cheville ? le genou ? peu probable. Le **diaphragme** et le **médiastin** ? beaucoup plus probable. La respiration est sévèrement affectée par ces émotions fortes. Lors d'une crise d'angoisse, la personne peut sentir une oppression au niveau thoracique. Les gens qui subissent des stress affectifs vont aussi avoir la sensation de ne pas pouvoir respirer profondément.

Faisons une petite expérience: placez vos doigts sur votre sternum et forcez-vous à faire venir des larmes en pensant à une situation triste. Rapidement vous devriez sentir votre

sternum se “déprimer” sous vos doigts. Cette dépression se fait par effet idéomoteur. Imaginez à présent que vous soyez constamment dans cet état d’esprit pendant x semaines ou mois à la suite de la perte d’un être cher, pensez-vous que cela influe sur la mécanique du sternum, du médiastin et du diaphragme ?

De plus au niveau du diaphragme se trouve une zone de tiraillement entre l’œsophage, l’estomac et le diaphragme. L’estomac est un organe de choix pour l’expression du stress au niveau viscéral. Les gastrites et les ulcères sont souvent le résultats de stress intenses et chroniques. L’hémi-diaphragme gauche va évidemment moins bien fonctionner si l’estomac souffre, car le corps va adopter une position antalgique. De même si une hernie hiatale est présente, elle sera souvent exacerbé à des moments de stress et va aussi à son tour affecter le diaphragme. Ces tensions dues à des hernies hiatales sont parfois très semblable à des symptômes cardiaques. Sensation d’étouffement, douleur rétro-sternale et thoracique, respiration difficile... ses symptômes obligent souvent les médecins à faire un check-up cardiaques pour s’apercevoir qu’une hernie hiatale en était la cause.

Nous pouvons donc supposer que le **diaphragme** et le **médiastin** semblent être des endroits propices à l’expression du stress courant, chronique ou profond. Il est plus que probable que la respiration puisse être affectée au niveau de son rythme, amplitude, et homogénéité.

Quelles sont la ou les techniques de choix à utiliser pour lire ces tensions tissulaires ?

Il existe un grand nombre de techniques “**ostéopathiques**” ou manuelles à utiliser pour essayer de relâcher des tensions tissulaires. Mais afin de sentir les tissus sur lesquels on les utilise, alors toutes ne se valent pas. Les HVT ou HVBA (les manipulations qui font “craquer”) n’offrent qu’une maigre réponse proprioceptive pour l’**ostéopathe**, de même que les techniques articulaires “forcées”. Les techniques qui offrent le plus de “feedbacks” proprioceptifs pour l’ostéopathe sont les techniques “fasciales”. En effet dans ces techniques, l’**ostéopathe** place sa main à plat sur le corps du patient ce qui lui permet d’être à l’écoute des tissus du patient. Il peut mouvoir sa main avec 6° de liberté et adapter le mouvement et la force qu’il applique en fonction de la réactivité tissulaire du patient. Une “communication tactile” peut alors prendre place entre la main de l’**ostéopathe** et les tissus du patient.

Le principe de sédimentation

Il semblerait que les tensions psychosomatiques suivraient le principe de sédimentation. C’est à dire que plus le trauma psychologique ancré physiquement est ancien, plus il sera profond dans les tissus et plus les tissus seront rigides. Plus il sera important, plus il couvrira une importante zone au niveau médiastino-diaphragmatique. On différenciera les lésions purement musculo-squelettiques de type costo-chondrale car ces tensions seront beaucoup plus superficielles.

Quelles informations peut-on tirer de cette communication faciale ?

Nous rentrons dans le vif du sujet. Les sensations proprioceptives peuvent-elles être assez riches pour permettre un assez grand éventail d'interprétations de cet effet idéomoteur ? En fait beaucoup plus que l'on pourrait le croire.

Prenons l'exemple que l'ostéopathe ait une difficulté à "rentrer dans le thorax" du patient, c'est à dire que sa main reste en relative surface du thorax.

Différents cas peuvent alors se présenter:

1. La main s'arrête sur un contact osseux peu flexible et très superficiel: ceci est probablement anatomique, le patient a de nature, un thorax rigide ou bien cela pourrait être traumatique

2. La main s'enfonce mais est aussitôt repoussée: le patient sait qu'il y a quelque chose mais il ne veut pas que la main s'aventure profondément, que la main aille remuer des choses qu'il préfère qu'on laisse tranquille

3. La main rencontre un mur difficilement compressible: le patient s'est construit une armure autour d'un sujet dont il ne parle jamais, événement profondément enfoui, barricadé, peut-être obliéré de sa mémoire. Le genre de patient pas particulièrement ouvert à ses **émotions** passées.

4. la main s'enfonce légèrement puis se fait balader de "still point" en "still point" superficiels : le corps du patient refuse d'affronter le problème et essaie d'amener la main de l'ostéopathe sur des sujets de diversion

5. La main s'enfonce jusqu'à un "still point", puis est rejetée à la surface mais l'**ostéopathe** perçoit qu'il y a toujours une tension plus profonde: un premier blocage **émotionnel** a été levé, mais le corps refuse (temporairement) d'aller plus profondément

6. un creux, un vide, la sensation d'un puits est souvent synonyme, d'un vide affectif ou la perte d'un être cher

De quelle manière la main est-elle autorisée à "dérailer" du chemin du déroulement facial?

1. le corps du patient autorise l'erreur de manoeuvre de la main: si la main s'écarte trop du chemin **facial** alors le corps du patient va rappeler la main de l'**ostéopathe** sur la route mais ce, de manière flexible et progressive. Alors la personnalité du patient peut-être décrite comment étant flexible, adaptable

2. Si la main est rappelée sur les rails de manière forte et sévère, et qu'elle n'est autorisée à aucun écart sans "réprimande **faciale**" alors le patient est certainement intransigeant, critique ou directif.

3. Si aucune résistance ne se fait ressentir, alors peut-être que toutes les tensions ont été levées, ou qu'une tension plus profonde est à lever, ou encore que le patient traverse une période de profonde introspection.

Nous pourrions décrire de la même façon, l'intensité de la tension, sa forme, sa taille, la manière dont elle se relâche, la complexité du pattern ou encore son amplitude et sa vitalité.

Comment devenir plus spécifique ?

Une manière pour gagner en précision pourrait-être en se posant mentalement des questions tout en gardant un contact **facial**. Cela permettrait de calibrer ses sensations: "est-ce de la colère? de la tristesse? de l'anxiété?...". "il y a moins de 5 ans? moins de 10 ans? "La partie difficile est de pouvoir hiérarchiser ses questions pour pouvoir passer en revue les principales **émotions**, et les différents probables scénarios avec une approche de type entonnoir. ce n'est pas tant que les tissus vont s'arrêter de bouger ou vont se mettre à bouger lorsque vous allez vous poser cette question, mais vous allez pouvoir mettre en balance directement la "qualité" de l'**émotion** avec la qualité tissulaire, ce qui vous permet de procéder par élimination.

Sur quel type de patient cela est-il le plus évident ?

Tout d'abord l'âge est un facteur limitant à l'efficacité de cette approche car si le patient à plus de 55-60 ans alors ses tissus deviennent plus rigides, il devient alors plus difficile de rentrer dans le thorax et plus ardu de différencier une tension musculosquelettique "pure" d'une tension psychosomatique de 30-40 ans.

Un autre facteur serait la morphologie du patient: Les patients du type mésomorphe auront d'une part une cage thoracique puissante qui rendra plus difficile l'immersion **faciale** dans le thorax, mais c'est aussi le type morphologique le moins enclin à l'introspection. Avec les ectomorphes, ces techniques seront plus aisées pour les raisons opposées.

Bits and Bobs

Certains **ostéopathes** vont attacher différentes émotions à différents organes, alors est-ce que l'**approche faciale** appliquée à tel ou tel endroit permettrait d'interpréter tel ou tel type d'**émotion** ?

Et si toute cette approche psycho-somatique et cette "psychométrie de niveau 3 ou 4" n'était qu'un fantasme ostéopathique ?

Quoi de plus flatteur pour un **ostéopathe** que de se dire qu'il possède une palpation extraordinaire, et qu'il soit capable d'une telle prouesse. Puisse cette vanité obstruer notre jugement? Ce phénomène serait-il explicable d'une manière beaucoup moins glorieuse?

Ce qui change de l'habitude est source d'information:

Ce dont il faut se rendre compte c'est que l'**ostéopathe** reçoit chez lui les patients. Il a une routine établie. A cette routine les patients vont dans leur grande majorité réagir d'une manière similaire. Mais certains patients vont eux réagir de manière particulière. C'est cet écart entre la réaction usuelle et particulière qui est très riche en information pour le thérapeute. Il devient alors assez facile de reconnaître les gens à tendance extravertie, de ceux à tendance introvertie par exemple, car l'environnement où cet étalonnage prend place est toujours le même. On reconnaît ainsi facilement, les personnes qui sont inquiètes (ou moins), qui arrivent à faire confiance (ou non), qui sont timides (ou non), qui sont anxieuses (ou non), qui sont tristes (ou non), qui ont un blocage ou un passé **émotionnel** lourd...

Une grande partie des indices qui aideront l'**ostéopathe** à "ressentir l'**émotion**" du patient pendant la **palpation fasciale** pourrait donc provenir de cette partie du traitement.

D'autres indices corporels

Bien sûr la communication non-verbale est très importante et fait partie intégrante du paragraphe précédent, cependant tout une partie de cette communication non-verbale prend aussi place sur la table de traitement. Pendant le traitement nous attendons du patient qu'il soit détendu, mais avec certains patients ceci est quasiment impossible. Certains vont toujours anticiper les mouvements que vous faites, d'autres vont inconsciemment vous empêcher de mobiliser leurs membres (indicateur intéressant lorsqu'il s'agit des hanches par exemple), et d'autres vont être trop détendus !!!

Ces indices corporels peuvent aussi être des indicateurs de confiance en autrui, de timidité, d'abus passés et inconsciemment cela peut aussi aider l'**ostéopathe** pendant sa **palpation fasciale émotionnelle**. Mais ces indices ne seraient aussi qu'une expression encore une fois de cet effet idéomoteur.

Common things are common (les choses fréquentes sont fréquentes):

Un **ostéopathe** peut-il prétendre à un exploit en mettant sa main sous le sacrum et dire que le patient est tombé dessus dans les 10 dernières années ? Quelle est la probabilité pour qu'un tel évènement soit vrai ? plus de 50% c'est certain et si l'**ostéopathe** est dans le faux, il peut toujours se rattraper soit en disant que ce trauma a pu prendre place il y a plus longtemps ("15 à 20 ans peut-être?") ou en invoquant le fait qu'une position assise à longueur de journée peut avoir le même effet. Son taux de **divination** approche alors les 100%.

De même que dire à un patient qu'il subit un stress latent, probablement au travail ou en famille ne relève pas véritablement de l'exploit. Quel patient n'est pas stressé? comme le dit W. Allen "Tant que l'homme saura qu'il est mortel, il ne sera jamais vraiment tranquille."

Est-il miraculeux d'affirmer qu'un patient à un jour perdu un Être cher et que cela l'a beaucoup remué sur le **plan émotionnel** ?

Ou encore, après avoir déterminer que le patient a eu un accident étant passager, lui dire que l'on ressent que depuis son accident il ne se sent jamais vraiment à l'aise avec les autres conducteurs et qu'il aurait même du mal à faire confiance aux autres, et autre chose, on ressent un sentiment d'injustice de cet accident car "notre main "vibre" sur son médiastin". Encore une fois nous ne faisons que broder des vérités probables sur un incident déterminé, et il est fort certain que le patient peut-être impressionné en se sentant "fascialement" lu.

Ceci rejoint l'art de la médiumnité: le **cold reading**

Une touche de médiumnité: Cold reading, effet Forer, expression de Barnum,

Ceci s'appelle l'effet Forer. Dans les années 40 un psychologue tenta d'évaluer l'effet de "vérités vraies" ou expression de Barnum sur des étudiants. Il leur demanda leur date de naissance afin d'établir un bilan astrologique original. Il leur donna ensuite ce bilan astrologique et leur demanda de noter sur 5 la véracité de ce bilan. La moyenne des notes avoisinaient les 80-90%, les étudiants étaient bluffés par la précision de leur bilan. Ensuite les étudiants devaient échanger entre eux ces descriptions astrologiques: c'étaient les même pour tous ! Voici un exemple assez frappant: "votre signe (verseau) montre que vous avez une certaine capacité à être ordonné, mais parfois vous vous permettez des écarts, comme un album photo en cours depuis des années qui reste inachevé..." Nous possédons bien entendu tous un album de photos en vrac, mais lorsque reçu pendant un bilan astrologique cela paraît proche de la clairvoyance!

Le **Cold reading** est un ensemble de techniques de langage qui permettent de faire croire à un client qu'on lui fait de la "**voyance**". Ce sont des techniques utilisées dans les domaines de la **clairvoyance, divination, tarot...**

Le plus étrange est que certains médiums n'ont même pas conscience qu'ils utilisent ce genre de techniques, ils le font de manière naturelle et certains sont bien évidemment meilleurs que d'autres. Ils sont alors persuadés d'avoir un don. Est-il possible que certains **ostéopathes** utilisent eux aussi ces techniques sans s'en rendre compte?

Les organes et leur non-sens:

De nombreux **ostéopathes** et auteurs parlent d'**émotions** caractéristiques à chaque organe. Peut-on y croire les yeux fermés?

Tout d'abord cette signification des organes est propre à chaque livre et chaque auteur, donc nous trouvons souvent des informations contradictoires en fonction des sources...

La grande majorité des gens ont une tendance similaire vers la colère, la peur, les angoisses passées, la tristesse, la joie... Ainsi si on y regarde de plus près chez chaque personne on va trouver des émotions de colère, des émotions de tristesse, de peur...

Si un organe dysfonctionne et que cette organe est dit "en lien avec la colère" alors n'est-il pas trop facile de trouver une cause relative à la colère? comme il aurait pu l'être avec la vésicule biliaire (dit "en lien avec les petits tracas et petites anxiétés"). Qui n'a pas sa dose d'anxiété dans la journée ? pourtant on ne développe pas tous des cholécystites!

Les poumons sont dits en lien avec entre autre “les peurs de l’enfance”, si vous développez un problème pulmonaire ou non, dites-moi si il sera difficile de trouver un moment d’angoisse dans votre enfance ?

Enjolivons le vécu:

Quelle aubaine pour l’**ostéopathe**, car si le patient est assez convaincu par le traitement alors, il se passe quelque chose de très bénéfique pour l’**ostéopathe**: le patient va enjoliver les capacités “extra-sensorielles” de l’**ostéopathe**.

imaginons la situation suivante:

l’**ostéopathe** à sa main sur la zone dite “émotionnelle” et dit:

ostéo: _ “il y a beaucoup de tensions, il s’est passé quelque chose qui vous a remué récemment.”

Patient:_ “non pas vraiment”

ostéo: _ “rien les dernières années qui vous aurait affecté sur le plan émotionnel ?”

patient:_ “Ah oui un décès, il y a 4 ans”

ostéo:_ “oui c’était quelqu’un de proche, car la tension est encore très réactive”

patient:_ “ c’était mon père” le patient se met à avoir une remontée émotionnelle

ostéo:_ “ oui c’est ça ce que je ressens, le décès de votre père, mais ça y est les tissus se relâchent à présent...”

Que retiendra le patient? que l’**ostéopathe** a ressenti que les tensions qu’il avait, venaient du décès de son père que l’**ostéopathe** a miraculeusement deviné en touchant son thorax. Alors qu’en fait l’**ostéopathe** n’a rien découvert du tout! le patient a fait tout le boulot !

En revenant chez lui le patient racontera son expérience à ses proches en enjolivant ce qu’il s’est réellement passé: une version simplifiée du “*Téléphone Arabe*”

Ce qui est très intéressant c’est que l’**ostéopathe** lui-même peut arriver à se convaincre qu’il y soit arrivé ! Et à ce moment-là son point de vue se biaise dans de très nombreux domaines et c’est alors le plongeon assuré vers l’**ésotérisme**.

Conclusion

Comme nous l’avons dit précédemment, des **médiums** obtiennent le même genre de résultat en utilisant des techniques de “**Cold reading**”. Ils ne sont pas forcément conscients de le faire et restent persuadés qu’ils le font grâce à un **don**.

Il est certain que les **ostéopathes** ont aussi recours à ce genre de techniques et comme les médiums, ils se persuadent qu'ils possèdent une capacité palpatoire extraordinaire. Cette habileté verbale se développe de manière insidieuse, car patient après patient l'**ostéopathe** apprend à "brosser dans le sens du poil" ses patients, à les reconforter et ne pas les froisser. Ils recherchent en permanence l'approbation du patient et ceci passe entre autre par un vocabulaire qui vise à atteindre ce but.

Alors peut-être est-il possible de lire les fascias de ses patients notamment par effet idéomoteur. Peut-être est-il réellement possible de sentir les **émotions** de ses patients avec ce type de techniques. Peut-être que mon inexpérience en ce domaine me voile la face et me pousse à avoir une vision plus rationnelle.

Une chose est sûre est que pour pouvoir avancer ce type de capacité extra-sensorielle exceptionnelle, il faut pouvoir avancer des preuves exceptionnelles. Ce qui est loin d'être le cas...