Albert Glaude

Guérir ses souffrances émotives

MOYENS ET VERTUS DE LA CATHARSIS

PRÉFACE DE
JOSETTE GHEDIN STANKÉ

LES ÉDITIONS DE L'HOMME
Stanké

Gu

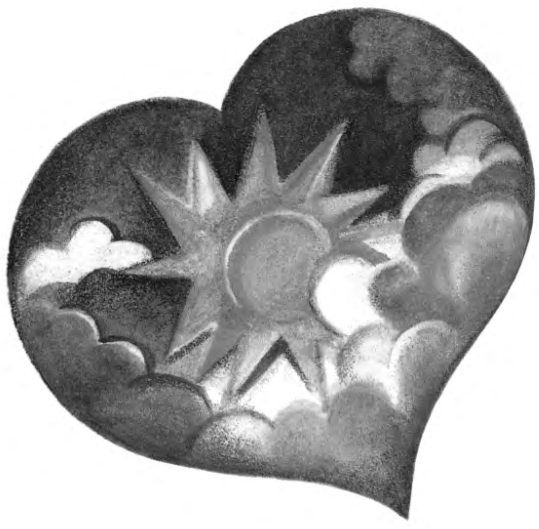
PRÉFACE DE
JOSETTE GHEDIN STANKÉ

Guérir
ses souffrances émotives

Du même auteur

Guérir des autres, Les éditions de l'Homme, 1991

Gu



DISTRIBUTEURS EXCLUSIFS:

- Pour le Canada et les États-Unis:
  MESSAGERIES ADP*
  955, rue Amherst,
  Montréal, Québec
  H2L 3K4
  Tél.: (514) 523-1182
  Télécopieur: (514) 939-0406
  * Filiale de Sogides ltée

- Pour la Belgique et le Luxembourg:
  PRESSES DE BELGIQUE S.A.
  Boulevard de l'Europe 117
  B-1301 Wavre
  Tél.: (010) 42-03-20
  Télécopieur: (010) 41-20-24

- Pour la Suisse:
  TRANSAT S.A.
  Route des Jeunes, 4 Ter
  C.P. 125
  1211 Genève 26
  Tél.: (41-22) 342-77-40
  Télécopieur: (41-22) 343-46-46

- Pour la France et les autres pays:
  INTER FORUM
  Immeuble Paryseine, 3, Allée de la Seine,
  94854 Ivry Cedex
  Tél.: 01 49 59 11 89/91
  Télécopieur: 01 49 59 11 96
  Commandes: Tél.: 02 38 32 71 00
  Télécopieur: 02 38 32 71 28

Couverture: Olivier Lasser.

© Les éditions internationales Alain Stanké ltée, 1984

Tous droits de traduction et d'adaptation réservés; toute reproduction d'un extrait quelconque de ce livre par quelque procédé que ce soit, et notamment par photocopie ou microfilm, strictement interdite sans l'autorisation écrite de l'éditeur.

ISBN 2-7619-1033-8

IMPRIMÉ AU QUÉBEC (CANADA)

Avant-lire

Le mental ment. Il nous trompe. Du moins jusqu'à ce que nous décryptions son langage sous nos mots, afin de retrouver ce qu'il nous cache sur nous-mêmes.

Nous aimons le discours. Il donne un sentiment de confort et de contrôle. Pourtant, même avec l'aisance de la parole, notre vie n'est pas claire. Nous confondons le présent et le passé et nous vivons démesurément. Trop ou pas assez. Nous utilisons nos relations pour rejouer nos premiers attachements sans distinguer toutefois ce qui les différencie.

Notre enfance donne le ton à notre existence. Nous répétons ce qu'elle fut sans beaucoup de variations, jusqu'à ce que ce soit un désastre! Il est toujours difficile d'avoir 2, 4 ou 6 ans quand on en a 30 et plus.

Il est encore plus difficile de réussir notre vie d'adulte si on n'a pas revisité consciencieusement ce qui nous est arrivé dans nos premières années. Là où tout fut essentiel et déterminant pour le développement de ce que nous sommes devenus.

Notre allié, celui qui sait tout depuis toujours, qui n'oublie rien jamais, c'est le corps. Il est le refuge de l'inconscient qui, lui, tâche de devenir conscient pour notre propre développement. Comme il se dit discrè-

tement, il est rarement remarqué. À trop s'efforcer pour se faire entendre, il finit donc par nous rendre malades. C'est alors que nous décidons de nous interroger.

Lorsque des pans de notre enfance sont sans mémoire, lorsque des événements actuels suscitent en nous trop de tristesse, trop de chagrin, trop d'impuissance, lorsque nous avons des comportements répétitifs insensés, c'est que quelque chose du passé n'est pas passé et cherche à remonter. Pas pour nous torturer, juste pour se rappeler à notre souvenir afin que nous le reconnaissions et puissions le dépasser.

Les thérapies analytiques ne sont pas nécessairement les plus appropriées. Elles risquent de nous faire dévier vers des explications que nous choisirons de vivre plutôt que de toucher notre propre vérité.

Les thérapies corporelles sont des voies qui donnent voix directe au corps. Parmi celles-ci, la catharsis glaudienne dont l'auteur nous entretient — après lui avoir consacré des années de recherche et de pratique, avoir créé sa méthode et formé ses thérapeutes — est un moyen précieux de donner la parole au subconscient. Induit par une intériorisation guidée, ce qui est prêt à «parler» remonte à travers le sentier et les portes que nous nous représentons. Les événements occultés surgissent sans forcer, les plus profonds en dernier.

Ce sentier parcouru en doux état d'hypnose construit un pont entre notre passé et notre présent, unifiant notre histoire. Les expériences retrouvées en catharsis glaudienne sont aussi vives que lorsque nous les avons vécues avec toutes les sensations qui les ont animées. Elles ont le pouvoir de remettre en marche notre processus de guérison du passé.

AVANT-LIRE

Retrouver ces blancs de mémoire d'une manière aussi réelle nous raccroche à notre continuité vitale. Nous devenons plus entiers, plus connectés à notre passé, à des parties censurées de notre identité. Il est indiciblement bon de se réapproprier ce soi occulté, minimisé, dénié et de s'en élargir consciemment. Nous bâtissons une assurance, une intégrité qui nous avaient jusque-là manqué.

Revivre ce passé n'est pas assez, il faut l'assumer. Même lorsque les malaises se sont dissipés, ces images puissantes ont à prendre leur propre place dans notre corps et dans notre vie quotidienne. C'est la conscience qu'elles portent qui nous en donne la force.

Josette Ghedin Stanké

Mode de codage des renvois

exemple (18-187)	indique en premier le n° de l'ordre autobiographique: 18 pour Laborit H.; en second, le n° de la page où commence la citation.
exemple (2-Re16)	indique par Re que la citation est adaptée et non textuelle.

AVANT-PROPOS

En dépit de la publication de nombreux ouvrages qui mettent en évidence le rôle prépondérant du psychisme dans l'installation des désordres de santé, les facultés de Médecine n'ont guère modifié leur enseignement traditionnel.

Il faut toutefois se rendre à l'évidence que les savantes démonstrations théoriques montrant que la plupart des maladies sont d'ordre psychosomatique n'ont pas conduit jusqu'ici à des solutions thérapeutiques très probantes. Diverses psychothérapies et autres médecines alternatives — médecines douces — tentent bien de proposer des solutions aux innombrables mal-portants, mais en l'absence de résultats suffisamment constants et **rapides**, c'est encore aux remèdes synthétiques et aux techniques agressantes que la médecine fait confiance. Cela, malgré que l'on sache parfaitement qu'on s'attaque ainsi seulement aux symptômes, pas aux véritables causes.

Il en résulte une médicalisation outrancière qui contribue à l'amoindrissement des capacités de défense du système immunitaire des malades, en plus de rendre ceux-ci dépendants du médecin et de ses drogues. Les conséquences en sont connues: c'est la création de maladies iatrogènes — causées par le médecin —! Ainsi, même s'il y a moins de grandes maladies aujourd'hui — surtout de maladies infectieuses —, le nombre de ceux qui se sentent mal-dans-leur-peau augmente sans cesse. Et l'on voit mal comment les choses pourraient changer.

C'est dans un tel contexte que surgit de nulle part la

CATHARSIS dont il est question ici. Comme si le temps était venu de faire un salutaire retour à l'essentiel par une approche globale — holistique si l'on préfère — des problèmes de santé et, surtout, de redonner le premier rôle au

malade plutôt qu'au thérapeute. Grâce aux travaux sur l'hypnose, au siècle dernier, l'on savait déjà que «le malade sait tout de ce qui est indispensable à sa guérison mais il ne veut pas ou ne peut pas le dire». Et, de nos jours, Rick Ingrasci — cofondateur du réseau Interface — peut affirmer à juste titre que «Toute guérison est essentiellement une autoguérison... Une fois libérées les tendances négatives, la guérison s'installe automatiquement».

Entre ces deux constats il y eut Freud et sa psychanalyse. Pour le meilleur et pour le pire! Le meilleur: la démonstration que le subconscient, associé à l'inconscient, gouverne nos pensées et nos actes à notre insu. Le pire: la méthode analytique comme moyen d'action clinique. Chazeaud constatait en 1969 que «La visée de la psychanalyse n'est pas essentiellement la guérison... La psychanalyse est moins une thérapeutique qu'une recherche fondamentale... En apprécier les résultats selon les critères réalistes ne peut en conséquence qu'apparaître insensé». Admettre cela à postériori ne pouvait plus rien changer au mal qui était fait, à savoir qu'après avoir été subjuguée par les théories freudiennes, la communauté scientifique fut trop heureuse de constater **l'échec clinique** de la méthode analytique pour se rendre compte qu'elle rejetait le bébé en même temps que l'eau du bain!

Dès lors, on accueillit favorablement les idées inverses, non freudiennes: le passé des gens et les péripéties de l'enfance n'avaient pratiquement plus d'importance. Identifier et résoudre les conflits psychiques contemporains — ici maintenant —, et faire la lecture des émotions y étant liées, devait être suffisant! Les expériences fondamentales de Laborit et sa découverte d'un Système d'Inhibition de l'Ac-

tion semblaient confirmer la chose. Mais, Laborit, homme de laboratoire, admet honnêtement qu'il n'a pas de solution thérapeutique à proposer. Et les psychothérapies actuelles, malgré leurs indéniables mérites, ne parviennent à offrir que des soulagements passagers quand des affects restent enfuis

dans le subconscient. Affects que l'on semble vouloir ignorer ou négliger.

Ma CATHARSIS, essentiellement pragmatique, permet de jeter un pont entre les évidences freudiennes et laboritiennes. Elle peut être jugée selon des critères réalistes quand la guérison survient à l'instant où le malade a repris conscience de **tous** les événements occultés de sa vie, **en plus** d'identifier et de résoudre par l'action les inhibitions actuelles. C'est la démonstration vulgarisée de cette étonnante CATHARSIS que le livre propose, tout en précisant ses limites.

A.G.

INTRODUCTION

Bien des maux seraient épargnés aux hommes s'ils en connaissaient la cause.

Pythagore

Personne ne détient le monopole de la connaissance en matière de santé et tout le monde peut aider à guérir: le médecin le fait, le sorcier du fond de brousse aussi. Les médicaments peuvent contribuer à la guérison, les incantations aussi. En réalité, personne ne guérit vraiment les autres. La grande et seule certitude en matière de santé. c'est que nous nous guérissons nous-mêmes, et seulement si notre subconscient le veut. La plupart des médications et des thérapeutiques n'ont d'autre objet que d'accorder un répit à l'organisme afin de lui donner le temps de remettre en jeu son système immunitaire et ses défenses naturelles.

son système immunitaire et ses défenses naturelles.

Il est abusivement convenu de dire qu'il y a deux sortes de maladies: les maladies dites «fonctionnelles» et les maladies dites «organiques». Ces dernières sont la clef de voûte de la médecine classique; médecine qui ne se conçoit et ne se justifie qu'en référence à un objet pris dans la réalité: microbe, parasite, sclérose, cellules devenues folles, etc. Que cet objet vienne à manquer et l'édifice de la médecine s'écroule (19-47). Dans cette réalité cependant, celle-ci est encore irremplaçable, et spectaculaire à l'occasion.

Mais la plupart des gens qui consultent un médecin pour un problème de santé sont des malades «fonctionnels». Ils ressentent des malaises et des douleurs; ils sont mal dans leur peau, souvent aussi, mal dans leur âme. Les investigations habituelles (auscultation, analyse, radiographie, etc.) ne montrent rien d'anormal chez eux. D'un point de vue strictement médical, ils n'ont rien. Pourtant ces malades vivent réellement leurs malaises et leur morosité; ce sont eux les grands consommateurs de tranquillisants et autres remèdes psychotropes.

Il y a des maladies organiques qu'on n'arrive pas à guérir malgré les armes chimiques, les irradiations ou les mutilations chirurgicales et la médecine n'a que des palliatifs à offrir aux malades fonctionnels, éternels errants en quête de bien-être. Est-ce à dire que la médecine a échoué dans sa mission? Je ne crois pas que la question se pose ainsi. Il faut seulement constater que, malgré le formidable arsenal de la recherche scientifique et malgré toutes les intelligences mobilisées, on est passé à côté de quelque chose de fondamental en oubliant pendant trop longtemps que l'Homme, dans son entité, fonctionne sur trois grands plans inséparables: physique, psychique et spirituel.

Des choix historiques

Pour aider le lecteur à se situer, il me paraît nécessaire de retourner aux sources pour comprendre ce qui s'est

passé, et voir ainsi que les problèmes de santé non résolus, objet de ce livre, sont la conséquence inévitable de choix historiques. Depuis l'Antiquité, et jusqu'au début du XVII[e] siècle, quatre noms, tous grecs, dominent l'histoire de la médecine, des sciences et des arts: Hermès Trismégiste, considéré comme l'inventeur de tous les arts et de toutes les sciences; Hippocrate, initiateur de l'observation clinique, préconisateur d'une médecine aidant la nature dans ses efforts vers la guérison; Aristote, une des intelligences les plus vastes qui aient jamais existé, créateur de l'anatomie et de la physiologie comparées; Galien enfin (II[e] siècle), auteur

de découvertes importantes en anatomie (bien que ses recherches se soient limitées à l'animal)*.

La tradition attribue à Hermès Trismégiste (trois fois grand) un nombre considérable de livres secrets relatifs à la magie, à l'ésotérisme et à l'alchimie. De son côté, Aristote voit toute la nature comme un immense effort de la matière brute pour s'élever jusqu'à l'Acte pur, c'est-à-dire la pensée et l'intelligence. Et il définit magnifiquement Dieu: la Pensée de la pensée (ê noêsis noêseôs noêsis). Constatons rapidement que la tradition hermétiste, essentiellement ésotérique, fera que l'homme de science d'alors sera à la fois chercheur, artiste et philosophe, méditant sur le sens du Divin. En 1617, l'Église taxera la tradition hermétiste d'hérésie et, l'Inquisition aidant, ce sera la séparation des sciences, des arts et du sacré. La science pourra alors devenir ce qu'elle est encore aujourd'hui dans une large mesure: exotérique, analytique, réductionniste et athée.

Quatre siècles avant Jésus-Christ, Hippocrate avait défini les principes de deux médecines symétriques, mais non contradictoires. Il disait que les contraires sont guéris par les contraires et que la maladie est produite par les semblables. C'est donc par les semblables qu'on lui fait prendre que le patient revient à la santé. Il disait aussi que la fièvre est supprimée par ce qui la produit et produite par ce qui la sup-

prime. Ainsi, disait-il, la santé se rétablit de deux façons différentes. En quelques lignes, deux grandes voies viennent d'être tracées par Hippocrate: la médecine allopathique (les contraires par les contraires) et la médecine homéopathique (les semblables par les semblables). Pour Hippocrate, après avoir établi son diagnostic, le médecin se trouve devant trois choix: ou bien laisser faire la nature (natura medicatrix), ou bien s'y opposer par la loi des contraires, ou bien l'aider selon la loi des semblables. Laquelle est la plus efficace?

---

* *Nous n'ignorons pas, bien entendu, tout ce que la médecine classique occidentale doit aux Égyptiens et aux Arabes.*

Cela dépend de la maladie et du tempérament du malade. C'est Galien, qui, en rejetant la loi des semblables, fit des deux médecines d'Hippocrate des sœurs ennemies (5-Re73). Pourquoi? C'est que Galien, chrétien dans un monde qui le devenait, prenait ainsi le contrepied des ésotéristes qui, eux, donnaient leur préférence à la voie homéopathique. C'est ainsi que s'écrit l'Histoire. Je n'ai évidemment pas l'intention de porter ici un jugement de valeur, mon rôle se limitant à constater pour mieux comprendre. Cela nous amène d'ailleurs à noter que, même si le médecin allemand Christian Hahneman a publié en 1810 son *Organon de l'art de guérir*, où il exposait les principes de l'homéopathie, deuxième voie proposée par Hippocrate, les facultés continuent à l'exclure de leur enseignement, et les hôpitaux de leurs «services». Cela montre bien que la médecine traditionnelle et officielle aura été amenée, historiquement, à choisir le plus souvent de s'opposer ou de se substituer à la nature* plutôt que de se limiter à l'aider. Et, par voie de conséquence, les médecins classiques auront été formés à intervenir abusivement. Il est facile de vérifier cette assertion en constatant qu'il est rare qu'un patient quitte un cabinet médical sans être porteur d'une ordonnance**! Dans mon esprit, ce n'est rien d'autre qu'un fait patent, non une critique; le médecin est tout sim-

plement le produit culturel d'une orientation médicale dont il n'est que l'exécutant.

Ces remarques nous amènent à la période où la science médicale prend vraiment son essor, au XIX^e siècle. Jusque-là, le dogme de l'ancienne médecine de Galien, la théorie humorale, prétendait que les éléments liquides du corps véhiculaient les maladies. Au milieu du XVIII^e siècle, Morgani affirmait que le siège des diverses maladies se trouvait

---

* *Qui pourrait nier que tous nos médicaments allopathiques engendrent des effets secondaires?*

** *En 1981, les médecins canadiens auraient émis 174 millions d'ordonnances. Source: Agence de Presse Canadienne, août 1982.*

dans des organes tels que le foie, les reins et le cerveau. La méthode analytique et le microscope ont semblé démontrer que le siège réel du mal c'est la cellule. Virchow dans sa *Pathologie cellulaire* (1858) prétendait qu'il n'y avait pas de maladies générales, mais seulement des maladies d'organes et de cellules. Il était donc désormais inutile de considérer l'ensemble de l'organisme, il suffisait d'étudier la partie lésée! Les spécialisations médicales furent la conséquence de cette théorie. Les maladies ne furent pas seulement divisées en maladies fonctionnelles et en maladies organiques. Aussi arbitrairement, l'on distingua les maladies mentales des maladies physiques; on divisa les maladies mentales en névroses et en psychoses, les maladies physiques en maladies externes et en maladies internes. Ces dernières furent identifiées à leur tour comme maladies des systèmes: respiratoire, digestif, circulatoire, glandulaire, nerveux, etc. Puis, à l'intérieur de chaque système, réparties en maladies des organes tels le foie, le cœur, l'estomac, le cerveau... Finalement, quelqu'un s'avisa sans doute qu'il faudrait mettre un frein à ce réductionnisme avant que l'on en arrive à connaître, par exemple, des orthopédistes devenus spécialistes du gros orteil du seul pied gauche!

Pasteur arrive enfin. De 1878 à 1880, une véritable cascade de découvertes microbiennes bouleversent la science officielle de l'époque. La vaccinothérapie, la sérothérapie, les sulfamides et les antibiotiques, en trois quarts de siècle, sont nés de l'idée pasteurienne que la bactériologie livrerait le secret de toutes les maladies, ou presque toutes. La révolution pasteurienne a déferlé sur le XX^{e} siècle comme une vague immense et nous n'avons pas fini d'en explorer les conséquences! Les maladies contagieuses sont maintenant histoire du passé, les infections sont promptement jugulées. Il n'y a plus guère de grandes maladies, sinon les maladies dégénératives, mais plus que jamais les «petits» malades sont légion. Nous voilà revenus à notre point de départ. L'Histoire, à l'égal de la Science, nous a montré le «comment» des choses, mais nous ne savons toujours pas le

«pourquoi», le Principe (la raison première) de la maladie et de son mode de guérison.

Le moment arrive où nous allons quitter les sentiers battus pour aborder le problème de front. Il y a eu, à mon sens, un instant historique où tout aurait pu changer. C'est à dessein, bien sûr, que j'ai omis d'en parler jusqu'ici.

Concept de l'homme total

Retournons sur nos pas, exactement en 1784. C'est l'année où les académies condamnent la doctrine du «magnétisme animal» et les vingt-sept propositions de Franz Anton Mesmer*, médecin autrichien installé à Paris depuis 1778. Que proposa-t-il donc d'assez important pour que je lui réserve la place de choix dans mon raccourci historique? Il proposa tout simplement de rattacher à la science de son temps, stimulée par la découverte de la loi de l'attraction universelle, l'utilisation de **pouvoirs insoupçonnés que détenait l'être humain**. Rien de moins. Il faut reconnaître, à la décharge de ses dénigreurs, que certains points de sa doctrine nous déroutent encore et que d'autres s'éclairent

aujourd'hui seulement. Bien qu'il ait finalement connu l'échec, ravalé qu'il fût au rang de charlatan, son œuvre écrite, malgré ses défauts, justifie sa renommée. Mesmer pressent les découvertes futures et même certaines erreurs qui en résulteront. En rejetant la doctrine du «magnétisme animal»**, la médecine officielle de l'époque s'est privée d'un immense et passionnant champ d'investigations où se trouvait cachée, j'en suis persuadé, la clef ouvrant sur la connaissance du «pourquoi» de la maladie et, donc, de sa guérison***. Quoi qu'il en soit Mesmer aura mis sur la voie

---

* *Publiées en 1779.*

** *Malencontreusement nommée, il faut le reconnaître.*

*** *Mesmer a montré que l'imagination peut guérir, autant que rendre malade, et que la guérison peut s'accomplir dans un état de «transe» où la raison (le conscient) se trouve inactive. C'est là l'essentiel de la révolution thérapeutique qu'il proposait.*

les Deleuze, Dupotet, De Puysegur, Elliotson, Braid, Esdaile, Liébeault, Bernheim, Richet, Janet et Charcot qui, à des titres divers, furent les pères de l'hypnologie. Cette dernière, à son tour, étant le point de départ pour: les réflexes conditionnels de Pavlov, le training autogène de Schultz, la psychanalyse de Freud et de Jung, la bioénergie de Reich et Lowen, la psychosomatique de Falnders Dunbar et la sophrologie (moderne hypnologie) de Caycedo; des thérapeutiques non médicales* qui ont montré de diverses façons que la division cartésienne de l'homme en un corps matériel et un esprit immatériel était une aberration.

C'est donc à Mesmer et à l'hypnologie que l'on doit un retour au concept de l'homme total, d'où l'importance qu'il faut reconnaître à l'esprit comme cause possible des maladies. Il s'agit bien d'un retour puisque, pendant les premiers temps de la médecine, la suggestion primait: lors de leur arrivée dans les sanctuaires d'Esculape de la Grèce antique, les patients commençaient la cure en offrant des sacrifices et en prenant des bains purificateurs. Ensuite, **les muscles et l'es-**

prit détendus, ils s'allongeaient sur des matelas étalés sous les portiques. Là, ils étaient constamment soumis à la suggestion, car ils n'avaient rien d'autre à faire que d'écouter ou de lire les comptes rendus de guérisons miraculeuses opérées dans le temple où ils se trouvaient... On doit admettre, par conséquent, que dès l'Antiquité la psychothérapie jouait un grand rôle dans le traitement médical. Au fur et à mesure que la médecine devint scientifique et matérialiste l'on attribua de moins en moins d'importance à l'esprit. De la sorte, la psychothérapie fut presque totalement négligée par les médecins**.

---

* *Bien que recommandées et pratiquées par de nombreux médecins, ce sont essentiellement des psychothérapies qui ne sont pas enseignées comme spécialités dans les facultés et qui, de ce fait, ne sont pas sanctionnées par un diplôme officiel.*

** *Même si la médecine actuelle y est plus attentive, il demeure que la psychothérapie reste à ses yeux une ressource secondaire et mineure. Surtout mineure!*

Problèmes de santé non résolus

Le rôle que la médecine s'est donné consiste à chercher **comment** il est possible de soulager ou de guérir les malades. Son principal moyen d'action est sans conteste la prescription de médicaments et son champ d'action est essentiellement celui des maladies physiques. Elle a confié les soins de l'esprit (ou de l'âme, selon l'étymologie) à la psychiatrie en en faisant une spécialité longtemps marginale. Grâce à Mesmer, et surtout depuis Freud, la psychiatrie s'est timidement rapprochée du concept psychosomatique; mais il semble que les tenants des médicaments et des électrochocs y sont encore nombreux.

Je montrerai comment et pourquoi Freud désorienta la recherche scientifique en proposant sa psychanalyse comme instrument clinique, et de quelle façon plusieurs des psychothérapies actuelles en sont dérivées... tout en espérant faire mieux. Il reste que la psychologie s'est donné, elle aussi, le

rôle de chercher **comment** soulager ou guérir, sans recourir aux médicaments et en favorisant des prises de conscience. Elle est malheureusement déchirée par des luttes intestines qui risquent fort d'entamer sa crédibilité: certains préconisent des approches rationnelles, d'autres des approches dynamiques et, dans les deux camps, diverses écoles de pensée s'affrontent. J'ose croire que les faits cliniques que j'expose dans ces pages et, surtout, la limpidité du cheminement thérapeutique qui s'y rattache, contribueront à la formulation d'une synthèse unificatrice.

En cherchant **comment** soulager ou guérir, médecins et psychologues, ainsi que tout thérapeute, se donnent un rôle directif. Détenant un savoir, forcément limité, ils doivent décider ce qui, selon eux, convient le mieux au mal portant qui les consulte. C'est évidemment toujours au meilleur de leur connaissance et guidés par leur expérience qu'ils interviennent. Il reste cependant que toute méthode analytique ou déductive et toute intervention à caractère directif comportent des risques d'erreur.

Après avoir choisi l'hypnologie comme moyen d'intervention, j'ai dû, moi aussi, faire longtemps de mon mieux. Puis, un jour, j'ai eu la chance d'entrevoir qu'il suffisait généralement que le malade prenne connaissance de **tous** les «**pourquoi**» de sa maladie pour en être guéri, sans médicaments ni directives. De ce jour, je me suis progressivement limité à tenir le rôle plus modeste d'un non-intervenant qui fait seulement une mise en situation par laquelle le malade chemine à son propre rythme afin de laisser son subconscient s'exprimer librement. Il ne s'agit pas pour moi de proclamer ici une découverte mais, comme on le verra, de rendre compte d'une trouvaille susceptible de conduire à la résolution de problèmes de santé ayant résisté jusque-là à la science des thérapeutes. Et l'on comprendra que Freud, n'eût été ses erreurs, aurait pu faire la même trouvaille en son temps puisque lui aussi, après bien d'autres, cherchait le

moyen de réaliser **pleinement** une CATHARSIS*.

A.G.

---

* *Pour Aristote, à qui nous devons le mot, la catharsis était une purification (de l'âme?) éprouvée par les spectateurs pendant et après une représentation dramatique conçue à cet effet. Selon Racine, c'était une purification morale des passions, de la crainte et de la pitié. Pour d'autres, un exutoire physiologique.*

PREMIÈRE PARTIE
1977-1978

Chapitre I

CHERCHER À SAVOIR

Plus l'homme épuisera les ressources du monde, plus il lui faudra compter sur celles qu'il porte en lui.
Beaucoup d'entre elles sont encore cachées dans «l'occulte», mot qui signifie simplement

mot qui signifie simplement «connaissance secrète» et qui définit parfaitement quelque chose que nous savons depuis toujours, mais que nous avons toujours refusé de voir.

Lyall Watson

Quelqu'un a déjà dit que la santé c'était le silence des organes. Ce n'est pas toujours vrai. Quand on fait référence à la douleur, c'est généralement à la douleur physique; mais il y a des douleurs morales larvées qui ne se devinent que par des comportements ou par des signes mineurs: réveils fréquents, vagues tensions musculaires, rhumes à répétition, tics nerveux, etc. Quand une maladie se déclare, on s'attend à pouvoir trouver une médication spécifique qui fera rapidement tout rentrer dans l'ordre. Cela non plus n'est pas toujours vrai, j'oserais même dire que c'est de moins en moins vrai: la quantité des tranquillisants prescrits, d'une part, et l'engouement pour les médecines douces, d'autre part, l'attestent.

Quand une personne vient me consulter, c'est le plus souvent après avoir fait le tour des spécialistes médicaux ou paramédicaux, sans avoir trouvé remède à son mal. Il peut aussi bien s'agir d'un cas de dépression grave ou de névrose que de maladie de peau, de frigidité ou d'impuissance, de céphalée sévère ou de migraine chronique, d'allergies de

tout acabit, de cardiopathies, de troubles du système digestif, de vaginisme, de maladie dégénérative, d'alcoolisme ou d'abus de drogues, de paranoïa, de colite ulcéreuse, etc.

Quelquefois c'est un médecin qui m'envoie son patient; le plus souvent ce sera quelqu'un ayant fait l'expérience de ma CATHARSIS qui incitera d'autres à me contacter. Par la force des choses, le nombre des cas que je puis accepter est assez restreint. Et, de par le monde, il y a tellement de malades pour qui cette Catharsis pourrait être la

seule solution vraiment valable, que je me dois d'écrire ce livre. Il faut que médecins et psychothérapeutes soient mis au courant et surtout, que la multitude de mal portants sachent qu'ils peuvent garder espoir: il y a une solution, on peut les aider à se guérir en amenant leur subconscient à le vouloir.

Un urticaire tenace

Un bon exemple vaut mieux qu'un long discours, dit-on à juste titre. En voici un pour amorcer le débat: A. est une célibataire âgée de vingt et un ans à l'époque où son médecin de famille me l'envoie. Depuis qu'elle a sept ou huit ans, elle souffre d'urticaire géant. Au début de la maladie les éruptions se manifestaient périodiquement. Divers médicaments seront prescrits sans résultat. Au cours des ans, la maladie évolue graduellement au point que les éruptions deviennent quotidiennes. La malade est traitée pendant treize ans par divers omnipraticiens et dermatologues. En dernier lieu, elle a même été vue par un psychiatre converti en psychosomaticien, toujours sans obtenir d'amélioration. N'y tenant plus — c'est elle qui le raconte — elle enguirlande un jour, de belle façon, son médecin habituel; elle lui signifie son refus d'accepter de «rester prise avec ça jusqu'à la fin de mes jours». Elle le somme, puis le supplie, de faire quelque chose. Le médecin lui suggère alors de me consulter puisqu'elle n'est plus en mesure de faire confiance à une médecine qui se montre impuissante. Dix jours après, elle est guérie. En fait, elle s'est guérie.

Que s'est-il donc passé dans mon bureau pour obtenir si rapidement une guérison manquée pendant tant d'années par des médecins parfaitement compétents? J'ai **recherché la cause sans m'attarder aux symptômes**. C'est un principe tout simple qui veut que l'on s'épuise souvent en vain à traiter un symptôme (dermatose, ulcère, diarrhée, etc.) si l'on ne trouve pas le pourquoi de cette somatisation. À ce sujet, je citerai Hans Selye, le «père» du stress:

«Je crois toutefois qu'il ne faudrait pas considérer les médicaments comme le seul moyen de maintenir la santé, le bien-être de l'humanité. N'oublions pas que la grande majorité des maladies d'aujourd'hui est d'origine psychosomatique. Si quelqu'un souffre d'un ulcère gastrique, par exemple, ce n'est pas seulement l'ulcère qu'il faut guérir, mais surtout sa cause.» Et il poursuit immédiatement: «La plupart des praticiens sont tellement conditionnés par leur formation classique, à l'école de médecine, qu'ils s'empressent de traiter ce qui paraît le plus évident. Par exemple, on peut traiter un ulcère avec des antiacides, des anticolinergiques. L'ulcère disparaît dans la grande majorité des cas et le malade se considère comme guéri, mais deux semaines ou deux mois plus tard, il revient avec un autre ulcère! L'ulcère était son symptôme et non la maladie. La véritable cause de la maladie était peut-être la belle-mère ou le supérieur du patient.» (22-142)

Pour en revenir au cas de A., j'ai fait «parler» son subconscient pour connaître le «pourquoi» de la maladie. Ce qu'elle m'a raconté est une histoire somme toute assez banale: la petite fille qu'elle est alors est une élève particulièrement brillante; c'est aussi une enfant douce, disciplinée. Une enfant qui ne fait pas de vagues. Sa sœur, plus jeune, requiert au contraire toute l'attention de maman; au point que l'aînée se sent délaissée. Un jour, pour attirer l'attention, elle décide qu'il faudrait qu'elle soit malade; ainsi on s'occupera enfin d'elle aussi. Elle se souhaite une maladie, mais elle ne voudrait pas que ce soit douloureux (elle avait

d'abord songé à se casser une jambe!). Que faire? Elle se souvient d'avoir eu la rougeole étant plus jeune et décide qu'une maladie de ce genre serait parfaite... Le lendemain elle avait sa première poussée d'urticaire. Elle avait donc réussi à installer elle-même (psychiquement) sa maladie. Puis elle en avait immédiatement occulté le souvenir. Il aura suffi qu'elle retrouve ce souvenir (et revive son intensité dra-

suffi qu'elle retrouve ce souvenir (et revive son intensité dramatique) dans mon fauteuil pour **être guérie à l'instant même.** Incroyable? Pensez-vous! Ce processus est parfaitement connu; s'il ne s'agissait que de cela, il n'y aurait pas lieu d'en faire un livre.

Dans ce cas type, choisi pour sa limpidité, la relation de cause à effet est évidente. Une fillette, qui croit avoir épuisé les moyens d'attirer l'attention sur son besoin d'affection, souhaite et obtient d'être malade de la façon qui, à l'époque, lui convient le mieux. Mais, et ceci est capital, l'enfant sait parfaitement bien que son projet a quelque chose d'inavouable. Si bien que, pour éviter un cas de conscience, elle se détourne du problème en «oubliant» le tout. En somme, elle occulte le souvenir en le chassant de sa mémoire consciente pour le reléguer dans le subconscient. Ainsi, elle pourra être «sereinement» malade.

La question qui s'impose maintenant est la suivante: puisque la malade a atteint son but, pourquoi la maladie ne disparaît-elle pas peu de temps après? La réponse est assez facile: l'occultation (l'oubli commandé) est un piège. **Le subconscient n'analyse pas**; c'est une sorte de robot qui applique aveuglément la consigne reçue, tant et aussi longtemps qu'une nouvelle information ne viendra pas changer l'ordre déjà enregistré. Nous avons vu que A. s'était donné à elle-même l'ordre d'être malade. Nous avons également vu que la remontée du souvenir vers le conscient était suffisante pour annuler l'ordre donné treize ans plus tôt. Mais quelle est la nature de la nouvelle information qui a entraîné la guérison? Il serait prématuré de tirer des conclusions en se basant sur un seul cas; d'autant plus que celui que nous avons étudié jusqu'ici se rencontre rarement. Habituelle-

ment, les gens deviennent malades sans l'avoir souhaité consciemment, comme nous allons l'apprendre maintenant.

Impuissant à 20 ans

B. avait vingt-huit ans quand il est venu me consulter en déclarant tout de go: «Il y a six ans que je suis marié et ma femme est toujours vierge; je voudrais que ça change parce que nous souhaitons avoir des enfants!» Je passerai sur les détails de l'entrevue qui a suivi, pour vous en communiquer l'essentiel. Sa femme était encore vierge parce qu'il était impuissant. Plus exactement il faudrait dire qu'il était normalement viril — érection et éjaculation — tant que leurs relations se limitaient aux habituels préliminaires. C'est à l'instant où il tentait la pénétration que son espoir se dégonflait, si je puis ainsi m'exprimer! Après lui avoir fait raconter l'histoire de sa vie, j'appris qu'il avait eu deux expériences sexuelles complètes avant de se marier. Dans les deux cas, cependant, la relation avait été de courte durée, et il s'agissait plus de rencontres furtives que de relations vraiment amoureuses. À l'époque des fiançailles, il n'avait pas eu l'occasion d'avoir une relation complète avec sa future femme parce que celle-ci voulait seulement lui accorder avant le mariage «tout mais pas ça». Néanmoins, les deux tourtereaux, s'aimant d'amour tendre, trouvaient pleine satisfaction dans ces effusions limitées. Quand ils découvrirent le problème après les noces, ce fut l'habituelle et démoralisante quête chez des médecins, psychologues et sexologues qui, nous allons le voir, ne pouvaient guère arriver à la résolution du cas par des méthodes classiques. Quant à moi, je me suis uniquement préoccupé de trouver le «pourquoi» de cette impuissance. En cours de catharsis, nous avons appris l'histoire que voici — celle d'un incident qui, faut-il encore le préciser, avait été complètement occulté. Cela se passait après les deux premières expériences sexuelles de B. et avant qu'il se fiance. Il avait vingt ans quand il rencontra une fille un peu plus âgée que lui et douée d'un fort appétit

sexuel qu'elle avait renoncé depuis longtemps à sublimer. Cette relation n'était pour lui qu'une passade et cela semblait convenir à sa partenaire d'un jour. La rencontre s'était faite dans un bar et, sans délai inutile, la fille l'avait invité

chez elle. Cela semblait presser puisque, sans autre préambule, ils se retrouvent au lit. C'est là que le drame se noue; elle a beaucoup d'expérience, il en a peu; elle est plutôt dévorante, il est de nature placide. Il arrive un moment où elle va se moquer de lui, de son inexpérience et de son «calibre», au point qu'il entre dans une sourde rage qui fera peur à celle qui vient de le provoquer. Elle se sent en danger tant elle le trouve soudainement changé, il ne se contrôle plus et se met à la battre. Elle finit quand même par le calmer un peu et lui propose d'aller ensemble prendre l'air dans la rue pour laisser les choses se tasser. Habillage en vitesse, les voilà sur le trottoir sous la lueur des réverbères. Elle lui parle le plus calmement possible, explique, s'excuse. Mais il ne semble pas l'entendre, il est dans un état second. Puis un cri. Strident. Désespéré. Il sort de sa torpeur pour se rendre compte qu'il a pris la fille à bras-le-corps et qu'il va la pousser sous une voiture qui arrive à leur hauteur. C'est le cri de la fille qui l'a «réveillé», juste à temps. Quelques secondes suffisent pour que deux choses se passent pratiquement en même temps: il prend conscience de ce qu'il a failli faire et, l'instant d'après, retourne dans son état second et «oublie» tout. Cette occultation lui permet, évidemment, d'échapper à la prise de conscience qu'il ne peut ou ne veut affronter. C'est une fuite dans l'oubli. Mais c'est exactement à ce moment-là que son impuissance vient de s'installer car, au niveau du subconscient, une équation s'est inscrite: pénétration = humiliation = rage meurtrière = cul-pa-bi-li-té. Il reprend donc connaissance de l'incident huit ans plus tard dans mon fauteuil; c'était vraiment dramatique de le voir faire les gestes, de l'entendre proférer les mots et de noter les bouleversants changements de physionomie qu'il retrouvait intacts en revivant son drame. La régression terminée, il retrouvait calme et sérénité; il était surpris, bien sûr, par ce qu'il venait de découvrir en le vivant dans les moindres détails, mais

habité d'un bien-être qui le portait à me communiquer son soulagement. Il venait de trouver sa guérison, il le savait et le

ressentait joyeusement.

Frigidité vaincue

J'enchaîne immédiatement sur le cas de C., pendant féminin de celui de B. Quand elle vient me voir, accompagnée par son mari, elle me précise qu'ils sont mariés depuis bientôt trois ans et qu'elle a toujours été frigide. À aucun moment, me dit-elle, puberté ou adolescence, elle n'a eu conscience d'une quelconque sensibilité sexuelle. Quand ils se sont rencontrés, ils ont bien dû en faire le constat mais, comme cela arrive trop souvent, ils ont pensé que le mariage arrangerait les choses... Il est décidé que nous procéderons à une catharsis et voici ce que son subconscient lui révèle: fille unique, elle était dans sa septième année quand un jour la direction de l'école qu'elle fréquentait décide de renvoyer les enfants avant l'heure prévue, à cause d'une tempête de neige qui s'annonce. (Ce qui n'a rien d'exceptionnel au Québec puisque chaque hiver cela peut arriver une fois ou deux.) Elle rentre donc chez elle. La porte d'entrée est verrouillée; pas celle d'en arrière qui donne accès à la cuisine. Sa mère n'est pas au rez-de-chaussée. L'enfant pense qu'elle doit travailler dans les chambres de l'étage et elle y va. La porte de la chambre des parents est fermée, elle la pousse et reste en arrêt devant le spectacle qu'elle contemple: sa mère est au lit, et fort active, avec un monsieur qui n'est pas le père de l'enfant. Après avoir noté ce qu'elle voit, elle l'occulte dans la seconde suivante. Pourquoi occulte-t-elle? Je vais tenter une explication à votre intention. La petite C. est fille unique, sa relation avec sa mère a toujours été harmonieuse et tendre, elle l'admire et la prend comme modèle. Tout son univers va s'écrouler si ce qu'elle vient de voir est vrai. Non, ce n'est certainement pas possible, c'est un mauvais rêve et, de fait, elle se laisse glisser dans un état mental qui approche celui du rêve. Elle n'a rien vu, il ne s'est rien passé, sa mère est toujours digne de l'admiration que lui porte sa fille. Sa

fille qui, figée et muette, ne «voit» rien de la suite, de la

même façon qu'elle n'a rien vu du reste! Point. C'est une loi connue depuis Freud qui dit que l'on occulte un fait traumatisant si, au moment où il a lieu, on est **incapable de l'accepter ou de le comprendre**. C'est à l'instant de cette occultation que la frigidité totale — le refus de toute sexualité — s'est décidée. Et, bien entendu, elle s'est trouvée guérie du seul fait d'avoir pris connaissance de tout cela. Aurait-elle pu ne pas revivre cet incident, même en catharsis? La réponse est oui. Pour que le subconscient livre un de ses secrets, il faut que, au moment où l'on en fait la tentative, les conditions initiales aient changé. Supposons que C. soit venue me voir, pour une allergie rebelle aux traitements des allergistes et qu'une catharsis soit jugée nécessaire pour résoudre le cas. Si à ce moment-là sa frigidité n'est pas un problème pour elle — qu'elle m'en ait ou non parlé — et à condition que sa mère soit encore «tout» pour elle, le subconscient ne «déterrera» pas l'incident dont nous parlons. Pour qu'il le fasse deux conditions sont nécessaires; il faut que **le besoin de résoudre le problème soit ressenti** d'une part, mais il faut aussi impérativement qu'à ce moment-là **on soit apte à comprendre ou à accepter**. Dans le cas de C., qui est devenue adulte et qui voudrait vivre normalement sa sexualité, le besoin est bien identifié. D'autre part, elle a quitté les jupes de sa mère, elle veut fonder une famille et, de toute façon, elle a assez entendu parler de sexualité et de ce que cela implique, pour être parfaitement capable de comprendre — à défaut peut-être d'accepter — que sa mère ait pu avoir une aventure extra-conjugale.

Un sein fragile

Un quatrième cas finira de nous éclairer. Celui de D., qui est trop complexe pour être vu en entier dans un ouvrage de vulgarisation comme celui-ci. Je vais, pour cette raison, me limiter à montrer comment l'une de ses régressions nous a donné la «guérison» d'un curieux malaise. Depuis sa plus tendre enfance, elle ressentait un «agacement» au mamelon

du sein gauche, et des douleurs plus marquées se précisaient au fur et à mesure qu'elle devenait adulte. Cela se compliqua quand elle décida de se soumettre à une chirurgie corrective pour faire diminuer le volume de sa poitrine. Après l'opération, elle signalait une douleur insupportable au mamelon gauche. Par trois fois, les chirurgiens intervinrent pour tenter d'y apporter remède puis, formels, déclarèrent sans ambiguïté que rien de physique ne permettait d'expliquer cette douleur. Par la suite, à l'occasion d'ébats amoureux, D. empêchait toujours son partenaire de caresser son sein. Tout ce qu'elle pouvait supporter — et qu'elle aimait — c'était un très léger effleurement du côté gauche, alors que du côté droit tout était permis et souhaité. Elle fut guérie de cette douleur — son partenaire me l'a confirmé — après avoir revécu une scène qui se passait alors qu'elle n'avait pas deux ans. Une voisine avait eu un bébé qu'elle nourrissait au sein. L'enfant assistait un jour, absolument fascinée, au repas du bébé quand la maman grimaça de douleur et poussa un petit cri en éloignant vivement le nourrisson qui venait de lui faire mal. L'enfant fut tellement impressionnée qu'elle ressentit aussi la douleur, par imagination. C'est tout bêtement la même douleur qui était présente depuis vingt-deux ans; son subconscient n'avait pas oublié. Ce n'est pas tout. En plus de cette hypersensibilité du mamelon gauche qu'elle ressentait depuis l'âge de deux ans, comme nous l'avons vu, D. signalait également une douleur permanente entre les côtes juste en dessous du même sein gauche. La façon dont elle décrivait ces deux douleurs voisines laissait supposer qu'elles résultaient d'une même cause; c'est probablement ce qui déroutait le plus les divers médecins consultés et les chirurgiens obligés de reprendre leur travail. Elle expliquait cette douleur en disant qu'elle sentait la présence d'un corps étranger dans cette partie de la cage thoracique. Les radiographies ne montrant rien, on avait référé le cas en cardiologie, à tout hasard; sans plus de résultat. Le mystère restait entier et la douleur toujours présente au point que D., pour l'atténuer, avait appris à restreindre l'ampleur de sa respiration au risque de diminuer ses capaci-

tés physiques. Nous avions résolu l'énigme du mamelon depuis quelques jours quand la suite de la catharsis nous donna la clef du corps étranger. D. avait douze ans et regardait un film à la télévision. L'action se passait aux Indes et mettait en scène un chasseur de tigre. À un certain moment le chasseur se fait attaquer par le félin qui lui donne un impressionnant coup de patte. Le chasseur se tord de douleur, les rabatteurs éloignent le fauve et c'est une course effrénée pour conduire le blessé auprès d'un médecin. On revoit le chasseur quelques jours après, alors que le médecin refait le pansement. Le blessé se plaint que la douleur est encore vive, s'étonne que les médicaments l'aident si peu et dit son espoir que tout rentre dans l'ordre rapidement. À ce moment-là, j'entends D. murmurer: «C'est une griffe du tigre qui est restée plantée dans les côtes et, si le médecin ne l'enlève pas, le chasseur aura toujours mal»... C'était cette griffe de tigre que D. «sentait» plantée entre ses côtes depuis ce temps. En retrouvant le souvenir de cette identification au héros malheureux du film, elle venait de se débarrasser enfin de ce «corps étranger». Est-il nécessaire de dire que c'est au côté gauche que le tigre avait atteint le chasseur, ou de confirmer que la douleur de D. avait disparu à l'instant où elle avait revécu la scène, et que depuis ce temps elle respire normalement? On pourrait dire que ma cliente s'est fait une chirurgie psychique. Le cas de D. est loin d'être une exception. Ses douleurs n'étaient pas autre chose que la fixation d'un fantasme, c'est-à-dire le fruit de son imagination. Tous les psychologues savent que l'on peut aussi bien occulter un fantasme qu'un fait réel et que, sur le plan thérapeutique, l'un vaut l'autre. J'ajouterai que le souvenir retrouvé d'un viol, d'un inceste ou d'un meurtre, par exemple, ne doit jamais être pris comme argent comptant sans vérification; recherche qu'il n'est pas toujours possible ou utile de faire. Donc, plusieurs incidents du passé peuvent donner lieu à une occultation — et engendrer ultérieurement des problèmes de santé physique ou mentale — même s'il ne s'agit que de fantasmes. Ce qui compte vraiment, c'est **l'intensité des émotions éprouvées**. Et je puis affirmer que l'in-

tensité dramatique de l'événement revécu est aussi nette dans le cas d'un fantasme que dans celui d'un fait réel oublié. Intensité dramatique, peurs, colères, émotions fortes... voilà qui ne rassure pas a priori! Mais les souvenirs désagréables qui sont enfouis dans le subconscient peuvent se comparer à une dent très cariée qui fera mal aussi longtemps que le dentiste ne l'aura pas extraite. Et, encore, ma comparaison est boiteuse: une dent arrachée laisse une cicatrice qui sera douloureuse pendant quelques heures après l'intervention, alors qu'un souvenir qui émerge engendre un bien-être immédiat; aucune «cicatrice» mentale ne subsiste, même pas pendant quelques minutes. Il n'y a vraiment pas lieu de craindre les conséquences d'un événement dramatique revécu se produisant en cours de catharsis, elles ne peuvent être que très positives et sont, en fait, extraordinairement libératrices. Il faut dire, par ailleurs, que toutes ces séances revécues ne sont pas dramatiques. J'ai vu des catharsis se terminer sans que l'on trouve un seul moment vraiment pénible. Ce sont des catharsis douces, mélancoliques, où n'émergent finalement que des situations conflictuelles vécues de l'intérieur seulement et qui rendront parfois les yeux humides mais qui, d'autres fois, feront éclater de contagieux rires auxquels le thérapeute aura peine à résister.

Conscient, Inconscient, Subconscient

Maintenant que j'ai exposé sommairement certains mécanismes psychiques qui engendrent l'occultation — c'est-à-dire l'oubli par nécessité d'un moment — de souvenirs reliés à des faits réellement vécus ou seulement imaginés (des fantasmes), il devient nécessaire de clarifier le vocabulaire employé dans ces pages. Que faut-il entendre par Conscient, Inconscient et Subconscient? Quelle réalité se cache derrière ces mots? C'est ce que nous allons essayer de préciser, sans prétendre épuiser le sujet. Usuellement, le conscient c'est ce que nous savons. On est conscient d'être vivant, timide, fort, génial, maladroit. C'est savoir que le

soleil brille, que la neige fond, que l'enfant joue, que le miel est sucré, que l'eau désaltère... C'est la conscience de soi, des choses extérieures, des sentiments intérieurs, de la moralité, du devoir, des pensées secrètes, des croyances... Bref, c'est tout ce que nous savons de nous-mêmes, de notre vécu, de nos acquis et tout ce que nous savons des êtres et des choses. Je suis conscient de dactylographier un texte en ce moment, conscient aussi du bruit que cela produit, du contact de mes doigts sur les touches et, en même temps, des pensées qui préparent déjà les mots qui suivront. Je suis aussi conscient que je suis né en Belgique, que j'ai vécu sur trois continents, que je sais piloter un avion et que je préfère le jeu des échecs au ski; conscient de détester l'hypocrisie (celle des autres!), de travailler beaucoup pour contraindre ma paresse, de ne pas aimer les outrances doctrinales et pourtant d'aimer faire partager mes convictions... Il serait bon de convenir que c'est «l'état de conscience» que je viens de décrire, son contraire étant l'inconscience, comme on dit de quelqu'un ayant perdu connaissance qu'il est inconscient. Pour ce qui nous occupe nous allons voir que l'état de conscience ne suffit pas pour rendre compte de ce qu'est le Conscient. Prenons un exemple simple: je sais que j'ai appris de nombreuses formules mathématiques et algébriques qui m'ont jadis permis de faire de savants calculs de résistance des matériaux et, qu'à cette époque, j'étais comme un poisson dans l'eau avec les tables de logarithmes, les sinus et les cosinus. J'ai oublié tout cela quand ma vie professionnelle a changé de direction et que j'ai eu besoin de place dans mon Conscient pour y entrer d'autres connaissances qui me sont plus utiles aujourd'hui. Ai-je tout oublié? Pas vraiment, mais je suis incapable de me souvenir d'une foule de choses. Que s'est-il passé en moi pour que j'oublie?

J'ai fait comme le commerçant qui aurait une trop petite boutique pour contenir tout ce qu'il vend, et qui aurait mis en réserve dans son arrière-boutique les marchandises qui se vendent moins souvent. Sauf que, mon arrière-

boutique est immense, grande comme un entrepôt. Tout ce que j'ai su et que j'ai oublié, tout ce que mon Conscient n'a pas pris la peine de voir, d'entendre, de sentir, de goûter et de toucher parce qu'il était trop occupé, tout, absolument tout est stocké dans cet entrepôt qui est mon Subconscient. On y trouve aussi bien le détail d'un motif brodé sur la robe que portait ma mère le jour où j'ai fait mon entrée à l'école maternelle, que la couleur du papier peint sur le mur de la cuisine de la petite voisine avec qui je jouais au docteur dans la ruelle quand j'avais quatre ans et trois mois. Nous verrons plus loin à quel point tous les détails sont présents dans les souvenirs gardés dans le Subconscient.

Il y a une énigme du Subconscient: on ignore comment les souvenirs y sont classés. Est-ce par ordre d'importance, par ordre chronologique, par analogie, par genre? Certaines fois on croit pouvoir donner une réponse «preuves en main» et, oups, immédiatement après on doit observer qu'il y a erreur. Peut-être faudrait-il supposer que chaque détail de chaque souvenir se trouve classé en plusieurs endroits en même temps, à divers niveaux de plusieurs registres? Quoi qu'il en soit, le Conscient s'y retrouve difficilement sans aide; un peu comme si le boutiquier avait absolument besoin de passer par un commis pour avoir accès à une marchandise qui pourtant lui appartient. En fait, le Conscient et le Subconscient ne parlent pas le même langage et n'ont pas la même logique.

Nous savons ce qu'est le Conscient et nous n'ignorons pas que le Subconscient est une annexe du premier. Nous en apprendrons davantage sur ce dernier plus loin. Pour le moment, tentons simplement de nous mettre d'accord sur le sens à donner au vocabulaire employé. Tout au fond de l'entrepôt, il y a une porte qui communique avec un autre entrepôt dont on ne connaît pas l'immensité, et qui contient de mystérieux messages nous parvenant de la nuit des temps pour nous inciter à des actions qui sont hors du contrôle de notre vouloir. Dans cet entrepôt, qui est l'Inconscient, on trouve des instincts fondamentaux qui sont principalement

l'instinct de conservation* et l'instinct de reproduction. Le premier nous pousse à nous nourrir, à nous protéger des dangers, à attaquer ou à fuir, au besoin. Le second nous pousse aux relations sexuelles. Freud ne voyait guère plus que ces instincts** dans l'inconscient et l'on sait toute l'importance qu'il attribua à la libido.

C'est Jung qui fera remarquer qu'il y a d'autres sortes d'instincts qui soulignent le caractère particulier de chaque espèce vivante et leur donnent des comportements innés. L'araignée sait d'instinct comment et où tisser sa toile sans avoir besoin de l'apprendre. Le nouveau-né sait où trouver et comment sucer le mamelon pour se procurer du lait. Les animaux savent d'instinct reconnaître leurs proies et leurs prédateurs. Ces comportements innés seraient des archétypes qui voisinent dans l'Inconscient avec les instincts fondamentaux. C'est Jung encore qui a décrit les caractères typologiques innés — du domaine de l'Inconscient — que sont l'extraversion et l'introversion. Il a également identifié, à ce niveau, un instinct de destruction.

Nous voilà donc assez bien informés sur ce que serait l'Inconscient. C'est un héritage qui nous dote de caractéristiques individuelles, familiales, raciales et d'espèce. À l'instant de notre conception, il est déjà déterminé que nous nous comporterons et que nous réagirons spontanément de telle façon dans une situation donnée, sans que nous ayons bien conscience de ce qui nous pousse à le faire ainsi. Nous naissons nantis de caractéristiques familiales et raciales potentielles; c'est notre environnement, l'éducation reçue et les avatars de la vie en communauté qui moduleront nos caractéristiques innées. Tout au cours de notre vie, nous

---

* *Ou, si l'on préfère, de survivance.*

** *Vers la fin de sa vie, Freud arrivait à la conclusion que les différentes impulsions fondamentales de l'Inconscient pouvaient se réduire à un instinct créateur: Éros, et à un instinct destructeur: Thanatos. Le premier de ces instincts nous conférant le don de la santé, le second nous imposant la maladie (pulsion de mort).*

serons soumis à des tensions émotives résultant de conflits entre nos insctincts et notre raison. Une raison qui sera, bien entendu, le reflet de la socioculture dans laquelle nous évoluerons. Cela veut dire qu'un Indonésien timide ne sera pas nécessairement perçu et jugé de la même façon qu'un Suédois timide, qu'une Congolaise ne sera pas nécessairement perturbée par ses pulsions sexuelles alors qu'une Espagnole pourrait l'être à outrance...

Il semble admis que notre Conscient — notre façon de raisonner, de ressentir et de comprendre les choses — soit façonné par notre Inconscient (nos instincts) réagissant aux conditionnements sociaux et culturels. Il serait difficile de nier qu'il puisse y avoir un monde entre la façon de penser, de juger et de réagir d'un Occidental et d'un Oriental, ou d'un Africain et d'un Australien, qui sont pourtant dotés au départ des mêmes instincts fondamentaux. De la même façon et pour les mêmes raisons, il faut admettre que le contenu du Subconscient résulte finalement des oppositions possibles entre l'Inconscient et le Conscient.

Par les premiers exemples cliniques donnés en début de chapitre, nous avons commencé à voir que notre Subconscient est comptable de ce que nous sommes réellement. Le «Soi» de Jung, qui se veut être l'expression globale de l'individu, ne peut, me semble-t-il, se retrouver que dans le Subconscient, là où sont cachés nos émotions refoulées, nos sentiments réels et les souvenirs que nous ne voulons plus connaître, mais qui font aussi intégralement partie de nous que nos viscères, muets mais combien actifs. Il est déplorable que les épiques batailles entre Freud, Adler et Jung aient créé une confusion quasi inextricable quand les trois hommes ont cherché à théoriser sur nos comportements et à expliquer ce qui se passe dans notre tête. Ils ont tellement bien réussi à rendre grise la zone qui sépare l'Inconscient du Conscient que beaucoup d'auteurs trouvent plus confortable d'employer systématiquement le vocable «Inconscient» pour faire allusion à ce qui n'est pas indubitablement conscient. C'est un choix qui entretient la confusion, puisqu'il y

a manifestement dans notre psychisme un niveau qui n'est ni tout à fait conscient, ni tout à fait inconscient, comme nous l'avons vu. Il faut cependant comprendre ces auteurs en constatant que Freud définit le complexe d'Oedipe, et Adler le complexe d'infériorité, en ne sachant trop s'ils sont plus près de l'Inconscient ou du Conscient. Quand Freud a cherché comment expliquer nos comportements, il a imaginé le «Moi», le «Ça» et le «Sur-moi», une sorte de géographie de l'âme qui n'est certes pas ce qu'il y a de meilleur dans son œuvre. Jung proclamera d'ailleurs que le «Moi» freudien n'est qu'un complexe parmi d'autres...

Où faut-il situer la frontière des instincts et des pulsions, des archétypes et des complexes? Personne ne le sait, et c'est l'un des problèmes les plus ardus auxquels se heurtent la psychologie et la psychanalyse. Il faut savoir que cela a pris quelques années, d'explications en précisions et d'essais en corrections, pour que les «grands» de la psychanalyse parviennent à produire un magma théorique qui fournit depuis quelques décennies matière à bien des controverses, tout en ayant l'immense mérite d'avoir mis en évidence le rôle et l'importance de ce qui échappe à notre Conscient.

Pour moi, et c'est viscéral, il est impératif de se dégager des spéculations théoriques pour redevenir essentiellement pragmatique, c'est-à-dire observateur objectif de ce que montre la praxis, l'expérience clinique quotidienne. Dans cette optique, il me paraît nécessaire de distinguer entre ce qui appartient à notre vécu connu (Conscient), notre vécu non conscient (Subconscient) et ce qui est inné (Inconscient). Comment mieux résumer cela que par une illustration?

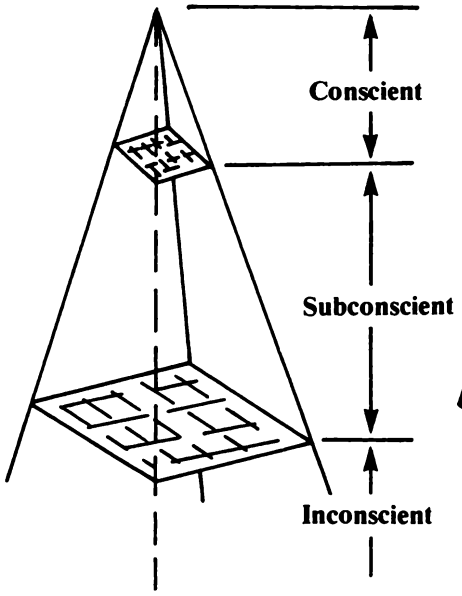


Figure 1

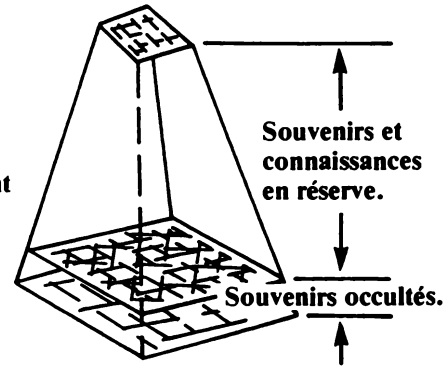


Figure 2

Voici une façon d'illustrer (fig. 1) ce qui vient d'être exposé. Au sommet de la pyramide, le Conscient occupe un volume restreint qui contient notre savoir superficiel, immédiatement disponible à notre mémoire. En dessous, le Subconscient occupe un espace nettement plus important: c'est l'entrepôt où sont en réserve les souvenirs de tout notre vécu dont le conscient n'a pas un besoin immédiat. Au niveau de l'Inconscient, la pyramide est sans fond pour montrer que l'on ignore jusqu'où plongent ses racines.

À droite (fig. 2), nous voyons que le Subconscient peut comporter deux niveaux et que celui des éventuels souvenirs occultés s'interpose entre l'Inconscient et les souvenirs mis simplement en réserve. Il faut remarquer les lignes brisées qui représentent des cloisonnements non étanches, pour souligner qu'il y a communication possible d'un niveau à l'autre. Le pointillé qui sépare les deux niveaux éventuels du Subconscient indique, quant à lui, que la communication entre niveaux est malaisée quand cette situation se présente.

Cette structure n'est pas immuable. Elle s'installe graduellement, et l'importance relative des trois niveaux varie entre le moment où nous sommes conçus et celui où nous

mourons. Dès la conception, nous héritons de tout ce qui sera notre Inconscient. Puis, à un certain moment de la gestation, quand l'embryon devient fœtus, nous commençons à «enregistrer» des sensations physiques et psychiques qu'il faut bien stocker quelque part: c'est alors qu'apparaît le Subconscient*, gardien dès ce moment de tout ce que nous ressentirons, y compris, bien sûr, les péripéties de notre naissance et des jours qui suivront, jusqu'au moment où notre Conscient se manifestera. Il le fera quand nous serons capables de coordonner les informations provenant de tous nos sens parfaitement éveillés. Il en résulte que pendant la première enfance le Conscient n'occupe en nous qu'une place minuscule, que le Subconscient prend une place un peu plus grande, mais que c'est surtout l'Inconscient qui guide nos premiers pas. La situation évoluera au fur et à mesure que nous gagnerons en expérience pour devenir ce qu'illustrent les figures 1 et 2. C'est donc l'expérience de vie qui alimente à la fois le Conscient et le Subconscient, alors que l'Inconscient est et reste le dépositaire de notre héritage génétique (hérité de nos parents via les chromosomes). Il est probable que cet héritage génétique, en plus de nous donner nos caractéristiques familiales, nous transmette également notre héritage collectif. Héritage collectif? Attardons-nous un instant là-dessus. Depuis que Jung en a parlé, l'Inconscient collectif et son contenu ont soulevé plus d'une polémique. Faut-il distinguer entre héritage génétique et héritage collectif? Est-ce que l'Inconscient échappe aux influences de notre vécu? Dans quelle mesure le même Inconscient n'intervient-il pas dans nos comportements conscients? Toujours à propos ce qui est inné en nous — le contenu de l'Inconscient et l'origine de ce contenu — il y a dispute entre les écoles de pensée. Si l'on croit à la réincarnation dans le sens habituel, c'est-à-dire réincarnation d'une entité dans une autre entité, on dira que notre Inconscient est teinté des

---

* Quelques-uns font une nuance entre le subconscient, qui appartiendrait tout à la conscience

* *Qui, en fait, pourrait s'appeler «Pre-conscient» tant que le conscient ne sera pas installé.*

expériences acquises dans des vies antérieures; d'où le Karma qui, dans les religions de l'Inde, est une sujétion à l'enchaînement des choses. Ce qui veut dire que l'on croit alors que notre destinée est toute tracée d'avance; que l'on est pauvre ou riche, malade ou bien portant parce que c'est le châtiment ou la récompense pour des comportements adoptés au cours d'une autre vie! Ce concept de la réincarnation est, en tout cas, bien commode en Inde pour maintenir en place un système de castes qui laisse espérer aux exploités qu'ils se réincarneront d'autant plus facilement dans une caste supérieure, qu'ils l'auront mérité en acceptant leur sort actuel sans se plaindre! Si l'on est adepte d'une autre religion, d'une autre philosophie, on sera porté à voir d'autres choses dans l'Inconscient collectif. Et si, enfin, on adhère plus volontiers aux théories scientifiques, on trouvera peut-être que la théorie de la relativité complexe de Jean E. Charon* démontre à notre satisfaction que certains de nos électrons (appelés éons) sont porteurs de la Connaissance. Il importe peu de savoir qui a raison puisque tout le monde s'accorde pour admettre qu'il y a bien un Inconscient collectif. C'est cela qui importe ici.

Nous savons donc à coup sûr que nous sommes soumis à des instincts fondamentaux et que les deux plus impérieux sont l'instinct de conservation et l'instinct de reproduction. L'un et l'autre sont inscrits au niveau de nos cellules qui, répondant à un code génétique, se reproduisent de façon ordonnée au cours de notre vie, et de façon accélérée et sélective s'il leur faut réparer des tissus lésés par blessure. Les mêmes instincts se retrouvent à tous les niveaux, y compris dans ce qui est notre système immunitaire — système programmé pour combattre et détruire les indésirables envahisseurs qui mettraient en danger l'intégrité de notre organisme. De telle sorte que, au départ, nous sommes pourvus de défenses naturelles qui **devraient nous garder en**

bonne santé toute notre vie durant, la maladie n'étant

* *Ne pas confondre avec la théorie de la relativité générale d'Einstein.*

jamais qu'un état accidentel et transitoire que notre système immunitaire devrait être capable de corriger. Pourtant, nous l'avons vu dès le début, il y a de très nombreux malades à travers le monde. Où est le problème?

Notion de terrain

Les chercheurs de pointe s'accordent aujourd'hui pour dire que la maladie ne s'installe que si le «terrain» est affaibli, fragile, vulnérable. Le «terrain» étant bien entendu l'ensemble de l'organisme vivant, sans distinction entre le physique et le mental. La science actuelle finit par arriver à des conclusions auxquelles les empiriques étaient arrivés depuis longtemps — observateurs lucides et dégagés qui savaient considérer un problème dans son ensemble. Ils se dissociaient des scientistes qui voulaient d'abord comprendre les infimes parties du tout, les mesurer, les analyser puis les inclure dans un système cohérent avant d'en tirer des conclusions ou établir le bien-fondé d'une intuition, aussi géniale fut-elle ou aussi pertinents que fussent les faits observés globalement. Si bien qu'un cancéreux qui guérit spontanément ou un paraplégique qui retrouve soudain l'usage de ses membres perturbent les tranquilles certitudes scientifiques; ce sont des faits indéniables devant lesquels les Églises hésitent aujourd'hui à crier au miracle. Et pour cause. Pour sa part, la médecine déclare que ces cas existent mais qu'il n'y a pas encore d'explication rationnelle; elle ajoute toutefois sa conviction qu'un jour elle sera en mesure de comprendre et d'expliquer ces guérisons spontanées. Faut-il vraiment attendre avec patience et résignation cet heureux jour? Ou faut-il oser, comme certains n'hésitent pas à le faire, aller plus vite et plus loin sans se laisser restreindre par «l'establishment»?

L'affaire Semmelweis

En 1846, Semmelweis, médecin à la maternité de Vienne (Autriche) était intrigué par le fait que de très nombreuses accouchées mouraient de fièvre puerpérale si elles

étaient logées dans la salle no 1 où les étudiants en médecine opéraient, alors que dans l'autre salle, où les femmes étaient accouchées par des sages-femmes, le taux de mortalité était considérablement moins important. La situation était à ce point dramatique que les femmes suppliaient à mains jointes de ne pas être envoyées dans la première salle. Personne ne faisait rien et le corps médical, grand patron en tête*, ne semblait nullement s'alarmer. Cherchant une explication, Semmelweis remarqua que les étudiants, traditionnellement sales et débraillés, passaient de la salle de dissection à la salle d'accouchement pour, sans aucune transition, passer des cadavres disséqués aux accouchées en travail. Par contre, les sages-femmes se tenaient assez propres, par discipline, et se lavaient les mains de temps à autre. Pour Semmelweis le problème était simple et la solution évidente: il proposa donc d'obliger tout le monde à se laver les mains avant de toucher à une parturiente. N'oublions pas que c'était trente ans avant Pasteur, et que l'on ne savait encore rien des microbes. Donc, pour le héros de l'histoire, il ne s'agissait que d'une question de bon sens: il avait rapproché des faits et avait tiré une conclusion logique ne reposant sur aucune donnée scientifique connue. Ce fut son erreur. N'ayant pu convaincre ses confrères, il décida quand même d'interdire l'accès à ses patientes aux médecins et étudiants qui refusaient de se laver les mains avant de les ausculter. Le résultat dépassa toute attente. En peu de mois, le pourcentage de mortalité tomba à 1,27% chez les patientes qu'il protégeait. Il obtint pour tout succès de déclencher la fureur de ses collègues. Il fut poussé à démissionner et, découragé, épuisé, il tomba dans la mélancolie et mourut en 1865, dans un asile d'aliénés, méconnu de ses contemporains. C'est seulement

* *Klein était le directeur de la maternité. C'est lui qui fit destituer Skoda, inventeur du diagnostic par percussion, sous prétexte qu'il fatiguait les malades par des percussions trop fréquentes! Semmelweis et Skoda, innovateurs de génie, furent victimes de «l'establishment» parce qu'ils osaient aller plus vite et plus loin.*

vingt ans après sa mort que ses anciens élèves reconnurent en lui un **empirique génial**, qui avait introduit des méthodes antiseptiques et aseptiques jusque-là ignorées. Et ils lui firent élever une statue.

On peut imaginer que les streptocoques (microbes qui provoquent des infections graves) grouillaient dans ces salles d'accouchement. Beaucoup de femmes mouraient d'infection avant Semmelweis, mais cependant elles n'en mouraient pas toutes. Pourquoi? De la même façon, pourquoi en cas d'épidémie tous ne sont-ils pas atteints? Pourquoi, à la saison du pollen, n'y a-t-il qu'un certain pourcentage d'une population qui présente des réactions d'allergie? Pourquoi des remèdes efficaces chez les Blancs ne donnent-ils pas les mêmes résultats chez les Noirs d'Afrique? Pourquoi les médecines chinoises sont-elles moins efficaces en Occident qu'en Orient? Pourquoi la tuberculose, autrefois, frappait-elle plus les pauvres que les riches? La réponse n'est pas dans le fait qu'il y a des microbes, des virus et des bactéries dans l'air que nous respirons: il y en a des milliards; mais plutôt dans le fait que les défenses naturelles jouent ou ne jouent pas leur rôle convenablement. Et pourquoi en est-il ainsi? Essentiellement parce que la résistance de l'individu est diminuée. Cela peut être dû à une mauvaise hygiène, à une alimentation mal équilibrée, à un excès de fatigue; tout le monde sait cela, parce que tout le monde le dit. Ou ne dit **que** cela! Quelques-uns, plus audacieux peut-être, en disent davantage, mais l'écho de leur voix semble bien mal perçu par ceux à qui elle s'adresse en priorité. Ils nous disent, Hans Selye le premier, que le stress est probablement le plus grand tueur connu, et qu'il est sournois. Un stress excessif per-

turbe le système nerveux qui, à son tour, va ébranler le système endocrinien qui, par carence ou excès d'hormones, va atteindre les tissus et les organes. Et que répond à cela le corps médical? Il prescrit des tranquillisants!

Rôle de l'Inconscient dans les maladies organiques

Les 22 et 23 novembre 1980 se tenait à Paris un colloque sur le thème des *Médecines différentes*. Le Dr Marchal y fit une conférence sur *Le rôle de l'inconscient dans les maladies organiques*, où il parle précisément du système immunitaire qui lui apparaît orienté vers une fin unique: maintenir, chaque fois qu'elle est menacée, l'identité biologique du sujet, en détruisant tout ce qui la menace. Il est, dit-il:

> «Comme l'épée dont chacun est armé pour se défendre contre toute agression d'où qu'elle vienne. Se servir de cette épée est nécessaire à chaque instant, et suppose un fort désir de vivre. Si ce désir est entamé dans ses racines inconscientes, deux conséquences sont possibles: lâcher l'épée et rester désarmé devant l'adversaire ou retourner l'épée contre soi-même et faire «hara-kiri», ce qui entraîne des maladies par fléchissement ou paralysie des capacités immunitaires, laissant le champ libre aux maladies infectieuses microbiennes ou virales (agression externe) ou au cancer (agression interne), soit des maladies par perversion d'une fraction du système immunitaire, dans lesquelles cette fraction se retourne contre un organe ou un tissu du sujet lui-même. Ce qui constitue le vaste champ des maladies dites «auto-immunes». Dans ces dernières maladies, une partie du système immunitaire élabore des anticorps dirigés, par exemple, contre le foie (hépatites auto-immunes), les globules rouges (anémies auto-immunes), la thyroïde (thyroïdites, maladie de Base-

dow), la gaine de myéline des nerfs du système nerveux central (sclérose en plaques), le tissu articulaire (polyarthrite rhumatoïde), le pancréas (diabète), la muqueuse recto-colique (recto-colites hémorragiques), etc.

Ainsi, des maladies encore considérées dans un passé récent comme totalement différentes et sans aucun rapport entre elles nous apparaissent-elles maintenant

comme des aspects différents d'un processus unique, encore assez mal connu. Quand la cible de cette auto-immunité est un organe ou un tissu essentiel à la vie, la maladie peut conduire à la mort, réalisant une sorte de suicide inconscient. Il n'existe aucun traitement spécifique de ces maladies, c'est-à-dire capable de redresser le processus immunitaire. Les seules thérapeutiques utilisées sont dangereuses pour tout l'organisme; elles suspendent au mieux une poussée évolutive, mais n'ont aucune action sur la progression du mal.» (20-41)

Voilà un médecin qui ose parler un nouveau langage en ne laissant aucun tabou, aucune doctrine ni aucun préjugé lui interdire d'exposer des vues qui ne sont pas celles qui lui furent enseignées. C'est encore un langage de dissident, mais il annonce que le temps est venu de dire aux mal portants que tout converge vers une certitude: presque toutes les maladies ont leur siège dans le Subconscient et la solution, c'est-à-dire la clef de la guérison, s'y trouve également.

En page couverture de *Histoire de la Médecine* par Kenneth Walker (Marabout université 1962) on peut lire:

«Si l'on ne peut contester le rôle prépondérant des Hippocrate, Galien, Paré, Paracelse, Pasteur ou Flemming, il faut reconnaître une part de génie aux «amateurs» méconnus, auxquels nous devons de surprenantes découvertes. Et c'est sans doute ce qu'il y a de plus passionnant dans la médecine et ce qui nous permet de

parler d'«extraordinaire aventure», que ce mélange d'aventuriers et de chercheurs, de charlatans et de savants, unis dans la conquête du plus noble idéal que l'homme se soit jamais fixé: préserver la vie.»

Ce qui n'est pas dit, c'est combien il est difficile de guérir le monde scientifique de son «allergie au futur» comme le démontre un Lyall Watson dans ses ouvrages, ou comme le décrit Rémy Chauvin dans *Nos pouvoirs inconnus* (6-15) de la façon suivante:

«Je ne saurais mieux faire que de copier certains passages de la leçon d'adieu de Charles Richet, le 24 juin 1925.» «...Quand Harvey, par d'irréprochables expériences, a démontré que le sang circule, il a bouleversé la physiologie classique d'Hippocrate et de Galien, et il a provoqué pendant trente ans l'indignation de tous les professeurs, surtout les professeurs de Paris.

Quand Claude Bernard a prouvé que l'organisme des animaux fait du sucre, il a eu contre lui tous les médecins et tous les physiologistes.

Pasteur, en édifiant la merveilleuse théorie microbienne a rencontré des oppositions formidables.

Quand on a apporté à l'Académie des sciences le premier gramophone, un des plus illustres maîtres de notre faculté a dit que c'était de la ventriloquie...

Avant Marey, avant nos premiers essais sur l'aviation, on traitait de fous incorrigibles ceux qui cherchaient à construire des machines volantes plus lourdes que l'air.

Jean Muller, un des plus grands parmi les physiologistes, avait dit: «On ne mesurera jamais la vitesse de la vibration nerveuse.» Deux ans plus tard, Helmholtz en donnait la mensuration exacte.

Prévost et Dumas ont dit: «Jamais on ne pourra puri-

fier la substance globulaire du sang.» Or vous savez tous qu'aujourd'hui la préparation de l'hémoglobine cristallisée pure est une des opérations les plus faciles de la chimie physiologique...»

Plus loin, Chauvin cite les cas de Semmelweis et Skoda puis il remarque:

«Sans doute, me direz-vous, mais il s'agit après tout de biologie, où les expériences sont parfois assez difficiles, doivent être répétées de nombreuses fois et n'ont pas toujours la clarté souhaitable, sauf pour le cher-

cheur **déterminé à aller au fond de la question***. En physique, sans doute, il n'en est pas de même. Hélas! En réalité l'aveuglement des physiciens est d'une espèce différente, mais tout aussi condamnable: ils n'aperçoivent pas les conséquences de leurs découvertes. C'est l'histoire de Hertz qui venait à peine de découvrir les ondes électromagnétiques; je ne sais quel journaliste lui suggère alors qu'on pourrait sans doute se servir de ces ondes pour communiquer à distance: Hertz lui démontre aussitôt que pour proférer des absurdités pareilles il faut tout ignorer de la physique. Presque au même moment, Röntgen exposait les premières radiographies de membres humains à je ne sais quel congrès de physique, et une personnalité éminente du congrès paraissait plongée dans de profondes méditations devant ces radiographies. «À quoi songez-vous donc? lui demanda un collègue — Ma foi, répond le brave homme, je pense à nos petits-neveux qui n'auront plus rien à découvrir...»

Beaucoup plus récemment, il n'y a guère plus de dix ans**, j'ai lu un article d'Esclangon, physicien universellement estimé (mort accidentellement depuis peu), au sujet des projets de navigation interplanétaire. «Non seulement il s'agit de billevesées, écrivait-il, mais à une échelle plus modeste il serait impossible d'exé-

à une échelle plus modeste il serait impossible d'expédier un homme dans un satellite autour de la terre. Son organisme ne saurait résister à l'absence de pesanteur, il serait tué certainement par les rayons cosmiques ou bien les météorites perceraient son vaisseau d'outre en outre, etc.»

Ce que Rémy Chauvin souligne, c'est que l'allergie au futur résulte de la peur des hommes de science devant le fait qu'il faut, tous les dix ans, abandonner toute une série de notions laborieusement acquises.

---

* *C'est moi qui le souligne.*

** *Écrit en 1963.*

«Beaucoup détestent cela, dit-il. C'est l'éternel conflit des statiques et des dynamiques. Mais l'étonnant, c'est que la science ne compte pas une écrasante majorité de dynamiques...»

Dans le domaine qui nous occupe, celui de la santé, les choses ne sont pas autrement. Souvenez-vous de Semmelweis et voyez comment un Selye s'est battu pour alerter un monde médical qui n'apprécie guère un chercheur qui prouve que le symptôme n'est qu'un signe et affirme que la maladie n'est pas débusquée si on ne traite que les symptômes. Et dire que nous aurions pu gagner trois quarts de siècle si Freud...

Sigmund Freud et les pionniers

Le petit Larousse illustré nous dit de lui: «Psychiatre autrichien, né à Pribor (Freiberg), en Moravie (1856-1939). Il est le fondateur de la psychanalyse, méthode d'investigation psychologique employée dans le traitement des névroses par la recherche des tendances et influences refoulées dans l'Inconscient de l'individu et par leur retour dans le Conscient par l'analyse. Il a écrit notamment *La science des rêves* (1901), *Trois essais sur la théorie de la sexualité* (1905), *Psychologie collective et analyse du Moi* (1921)...

Psychologie collective et analyse du Moi (1921).»

Un grand bonhomme en vérité. Un génie qui a marqué son temps et à qui ceux de demain seront encore redevables. Du meilleur comme du pire. Il n'est pas possible de situer Freud sans savoir ce qui se passait avant lui. Il faut constater qu'au XIX^e^ siècle la médecine s'était presque entièrement consacrée aux maladies du corps en dépit du fait que les anciens avaient parfaitement compris que les relations entre le corps et l'esprit sont si étroites qu'on ne peut déranger l'un sans affecter l'autre. Dans les plus anciens systèmes médicaux, l'accent était mis sur l'esprit plutôt que sur le corps. Les prêtres-médecins pensaient que si l'esprit du patient pouvait être guéri, la santé du corps reviendrait automatiquement. Il serait évidemment fastidieux de refaire

le chemin parcouru depuis l'époque d'Hippocrate pour montrer comment, aux XVIII^e^ et XIX^e^ siècles, on interprétait l'ancien enseignement préconisant que l'on provoquât une crise salutaire pour faire sortir les «démons» de l'esprit afin de guérir le corps. Un seul exemple suffira.

Boerhaave (1668-1738), recteur de l'université de Leyde aux Pays-Bas, fut le premier grand clinicien de son temps; il était considéré comme le meilleur professeur de médecine de toute l'Europe. Il soignait les épileptiques par des saignées prolongées et des cures de calomel (protochlorure de mercure). Grâce à des appareils à bascule ou des cages de fer, on plongeait les malades dans des eaux glacées dont ils sortaient généralement avec une congestion pulmonaire. On les effrayait avec des serpents et des crapauds. On les faisait sursauter en tirant, à leur chevet, des coups de pistolet ou un feu d'artifice. C'était «ça» être savant à cette époque. Face à ces méthodes sauvages, les cures et les idées de Mesmer auraient dû paraître hautement raffinées. (9-Re77)

Mesmer (1734-1815) était, comme les hermétistes, convaincu que les hommes pouvaient être influencés par des

forces subtiles venues d'ailleurs. L'on sait qu'il fut considéré par la plupart des médecins de son temps comme un charlatan et un imposteur. Pourtant, malgré cette hostilité, Mesmer a exercé une grande influence sur le cours de la médecine en critiquant avec raison ses confrères qui s'obstinaient à ne voir que le côté physique des maladies, négligeant les causes psychiques. Il écrivait: «Aux causes physiques, il convient d'ajouter les causes morales: l'orgueil, la jalousie, l'avarice, l'ambition, toutes les viles passions de l'âme humaine sont causes de maladies visibles.» L'on sait aujourd'hui que la suggestion hypnotique jouait un grand rôle dans la plupart des guérisons opérées par Mesmer, mais que lui-même l'ignorait, ou l'avait mal perçu.

C'est James Braid (1795-1861), médecin écossais, qui, après le déclin du mesmérisme, attira à nouveau l'attention

sur les travaux de Mesmer. Il réussit à prouver de façon marquante que le mesmérisme conduisait les patients à un état psychologique subjectif qu'il appela hypnotisme. Cette fois le corps médical accepta de reconnaître la valeur thérapeutique de l'hypnose et, à Calcutta, John Elliotson (1791-1868) réalisa grâce à elle de nombreuses opérations chirurgicales indolores qui achevèrent la démonstration. C'est finalement une recrudescence d'intérêt pour l'hypnotisme, à Paris, qui provoqua des événements d'une importance capitale pour l'avenir de la médecine. Jean-Martin Charcot (1825-1893), fondateur du grand hôpital de la Salpêtrière, en arrivait à la conclusion que l'état d'hypnose était une condition pathologique proche de ce que l'on appelait alors l'hystérie. Mais Charcot, excellent analyste, était un assez piètre clinicien. Au fond, le traitement du patient névrosé ne l'intéressait guère, ainsi qu'il ressort de son portrait croqué par Havelock Ellis, cité par Kenneh Walker: (26-332)

> «Il (Charcot) n'aimait pas les recherches exclusivement psychologiques, pour lesquelles il n'avait probablement pas d'aptitudes. Ceux qui on joui du privilège de l'observer à la Salpêtrière se souviendront de sa figure

l'observer à la Salpetrière se souviendront de sa figure imposante de Grand Patron, de son expression dédaigneuse, parfois un peu aigrie, semblait-il, de son comportement hautain, que ses admirateurs traitaient de napoléonien. Il adressait à ses patients des questions prononcées avec une froideur distante, non sans impatience quelquefois. Il était clair que Charcot n'avait pas foi en la valeur des résultats obtenus.»

Freud, venant se spécialiser à Paris, fut si impressionné par ce qu'il vit faire à la Salpêtrière par Charcot et son disciple Janet, qu'il décida de se consacrer **exclusivement** au traitement des troubles nerveux. C'est chez Charcot qu'il fit la rencontre de Breuer (1842-1925), son aîné qui allait devenir son maître. Ce dernier décrivit au jeune Freud une scène à laquelle il avait assisté auparavant. La patiente, une jeune femme qui souffrait de paralysie partielle accompagnée de troubles de la parole, avait été interrogée en état d'hypnose.

Elle avait alors expliqué que son mal remontait à l'époque d'un grave conflit émotionnel qui l'avait opposée à son père, à qui elle était profondément attachée. Ce qui avait surtout impressionné Breuer était le fait que, revenue à elle, la jeune femme n'avait plus présenté les symptômes de son mal.

Rentrés à Vienne, Breuer et Freud, enthousiasmés, explorèrent les immenses avenues qui se dessinaient à eux grâce à la technique hypnotique. Breuer maniait très convenablement cette technique alors que Freud, à sa remorque, s'y trouvait mal à l'aise et hésitant. Cette quasi-incapacité de Freud, allait jouer, à mon sens, un rôle prépondérant dans l'orientation qu'il donnerait à sa recherche. Un jour, Breuer montra à Freud une patiente qui présentait, entre autres symptômes, une phobie caractérisée: elle était incapable d'absorber un liquide, quel qu'il soit. Sous hypnose, la patiente revécut une scène où, étant plus jeune, elle surprenait une gouvernante qui donnait à boire à son chien dans un verre. L'incident, revécu avec un réalisme parfait, montrait

verre. L'incident, revécu avec un réalisme parfait, montrait le haut-le-cœur de la patiente surprenant cette scène, pour elle inacceptable. Tandis que le sujet d'expérience était toujours sous hypnose, Breuer lui mit un verre d'eau en main et lui suggéra qu'elle avait très soif, qu'il fallait qu'elle boive et que la saveur de l'eau lui serait délicieuse. La patiente s'exécuta en buvant avec un visible plaisir. À ce moment, Breuer la réveilla de sa transe hypnotique, et sa patiente eut la surprise de constater qu'elle était capable de boire. Elle fut ainsi guérie de la phobie. Le sujet de cette expérience s'appelait Bertha Pappenheim; elle est mondialement connue sous le nom de Anna O. et son histoire fut mille fois racontée parce qu'elle fut le premier cas analysé par Freud. Ainsi naquit la psychanalyse.

Avant d'aller plus avant, il faut noter deux faits importants: Freud avait choisi de se consacrer exclusivement aux troubles nerveux, et il ne savait que peu ou pas hypnotiser. Il s'efforça de trouver une méthode où l'utilisation de

l'hypnose ne serait pas nécessaire*. Il inventa donc une technique analytique qui conviendrait mieux à ses talents, et qui plairait davantage aux psychiatres ayant comme lui des problèmes avec l'hypnose. C'était à la fois astucieux et séduisant puisqu'il pouvait alors prétendre que sa méthode — la psychanalyse — était d'usage universel, alors que l'hypnose de cette époque** ne l'était pas. D'autre part, ayant choisi de centrer sa recherche sur les troubles nerveux, il limitait son champ d'action aux seuls névrosés identifiés. Ce furent deux choix qui, à mon avis, allaient conduire la psychanalyse dans le cul-de-sac que l'on sait aujourd'hui.

Quoi qu'il en soit, Freud eut l'immense mérite de tirer de justes conclusions après avoir vu réagir les sujets soumis à la transe hypnotique. Entre autres, qu'il «pouvait y avoir de puissants processus mentaux qui demeuraient dissimulés à la conscience des humains.» Il sut montrer le rôle du Subconscient/Inconscient, ainsi que les phénomènes de refoulement et de transfert affectif. Il affirmait que, dans notre vie

ment et de transfert affectif. Il affirmait que, dans notre vie habituelle consciente, des idées et des impulsions naissent de notre Subconscient, que nous percevons en tant qu'émotions; elles ne sont cependant jamais formulées en paroles. Il lui paraissait d'une importance particulière que beaucoup de ces idées et désirs inconscients soient refoulés, c'est-à-dire que nous les enfouissions pour les empêcher de devenir conscients.

Il est intéressant de voir comment Freud est aujourd'hui perçu par Jacques Van Rillaer, un psychanalyste

---

* *Freud s'en explique autrement: une expérience personnelle avec une patiente lui fit craindre que l'opérateur ne put se trouver exposé, de la part de son sujet, aux effusions d'un attachement intempestif. L'argument n'est pas pertinent, tous les professionnels de la santé le savent.*

** *L'on sait aujourd'hui que des états de simple détente suffisent amplement pour arriver aux mêmes fins thérapeutiques et que le pourcentage des individus qui ne peuvent atteindre à ces états est très faible, hormis les psychotiques.*

repenti (25-Re52), qui nous dit que la psychanalyse a eu quelques mérites; avant tout celui d'avoir favorisé des discussions plus franches et plus ouvertes en matière de sexualité. Mais les idées de Freud ne sont pas originales. On dit généralement qu'il a découvert que les symptômes névrotiques (en particulier les troubles somatiques hystériques) ont un sens caché, que ce sens se rapporte à des événements oubliés et que la réactualisation (le re-souvenir) de ces événements occultés permet une abréaction thérapeutique des affects qui leur sont associés. En 1909, Freud explique lui-même qu'il a emprunté toutes ces conceptions à son maître Breuer. Dans leur célèbre *Communication préliminaire* (1893), Breuer et Freud exposent pour la première fois ces thèses. Ils se réfèrent là à divers auteurs qui, avant eux, avaient énoncé ces idées: le Viennois M. Benedikt, les Français A. Binet et P. Janet, le Belge J. Delbœuf.

Freud est tenu pour celui qui a osé pourfendre «la morale sexuelle civilisée». Or, il indique lui-même dans l'article qui porte ce titre, qu'il reprend les idées de Christian von Ehrenfels (professeur de philosophie à l'université de Prague). On proclame que Freud a mis en évidence le rôle de la répression sexuelle dans la genèse des troubles mentaux. Il écrit cependant au sujet de sa conception de l'étiologie sexuelle des névroses:

> «Je la devais à trois personnes, dont l'opinion avait droit à mon plus profond respect: Breuer, Charcot, et Chrobak» (gynécologue à l'université de Vienne).

Freud rapporte notamment que selon Chrobak la seule bonne ordonnance pour les patientes souffrant de crises d'angoisse était: «Penis normalis. Dosim: repetatur» (Un pénis normal à dose répétée). Le fait est que les névroses d'angoisse sont très souvent la résultante de frustrations sexuelles; frustrations installées moins par une éventuelle abstinence que par la peur de «mal faire».

Il ne faudrait pas considérer Freud comme l'inventeur du «Subconscient». Un contemporain de Goethe, le Dr

Carus, avait déjà écrit: «La clé de la compréhension de la vie consciente de la psyché réside dans le domaine du subconscient». De même, Goethe exprima cette idée d'une façon légèrement différente:

> «Le meilleur en l'homme est informe. Je crois que tout ce que fait le génie est fait inconsciemment. L'homme ne peut demeurer longtemps à l'état conscient; il lui faut replonger dans le subconscient, car c'est là que se trouvent les racines de sa vie».
>
> «Freud soulignait avant tout l'importance des conflits inconscients dans la motivation des maladies fonctionnelles. En outre, il a démontré comment ces conflits peuvent être révélés. La grande contribution de Freud à la médecine a été l'invention de la technique par

laquelle les paliers cachés de l'esprit peuvent être explorés: la technique psychanalytique» écrit K. Walker (26-335).

Il est difficile d'être d'accord avec ce qu'écrit Walker puisque nous savons aujourd'hui que la technique psychanalytique est, à toute fin pratique, peu efficace. Cet auteur ne reconnaît-il pas cela implicitement quand il écrit plus loin:

> «La médecine a contracté une dette immense envers le génie de Freud, mais la vénération sans bornes des Freudiens pour leur maître a eu pour effet regrettable de pétrifier les hypothèses de Freud et d'en faire un dogme rigide, dont on ne peut s'écarter sans tomber dans l'hérésie. Le résultat est que trop souvent le traitement psychologique s'est trouvé réduit à un procédé unique, routinier: une longue analyse se terminant (sic) par la découverte de l'inévitable «complexe d'Oedipe».

Nous voyons combien il est malaisé de parler de Freud avec objectivité. D'une part, on applaudit à ses théories de base (pas à toutes ses théories cependant) et, d'autre part, on doit constater que la méthode clinique choisie pour appli-

quer ces théories, c'est-à-dire la méthode psychanalytique, ne tient pas les promesses annoncées par la théorie. Certains, comme Walker, en rejettent la faute sur les disciples alors que, selon moi, l'erreur de Freud aura été de passer par le Conscient pour rejoindre le Subconscient (méthode psychanalytique) au lieu de s'adresser directement au Subconscient (méthode qui sera exposée au prochain chapitre). Dans le premier cas on aboutit à des analyses sans fin, souvent sans conclusion, alors que dans le second cas tout est terminé en quelques semaines, avec une conclusion pertinente.

Il serait opportun, avant de quitter ce sujet, de voir comment se déroule une psychanalyse. La personne en trai-

tement (une ou deux fois par semaine à raison de cinquante minutes par séance) est invitée à s'allonger sur un divan et à dire tout ce qui lui passe par la tête, sans se préoccuper de savoir si c'est logique ou non, sans chercher à respecter la chronologie des faits. Il arrive un moment (après plusieurs semaines ou plusieurs mois!) où l'association des idées provoque une abréaction, c'est-à-dire l'émergence d'un souvenir occulté qui remonte du Subconscient; ce qui ressemble aux cas cités en début de chapitre, ou à ceux que l'on voyait chez Charcot et chez Breuer. Entre temps, le psychanalyste interprète le contenu des rêves faits par son sujet; le fruit de cette interprétation (qui tient compte également d'autres éléments) devant orienter les associations d'idées et, peut-être, favoriser d'autres abréactions. Cela durera des années. On trouve normal aujourd'hui qu'une psychanalyse s'étale sur cinq à huit ans ou plus. Ce qui ne manque pas de surprendre quand on sait que Freud, à ses débuts, terminait ses analyses en quelques semaines. Serait-ce que les disciples ont perdu quelque part une parcelle de l'enseignement du maître? Ou serait-ce que Freud, à son insu, utilisait partiellement des approches hypnotiques? À moins que la psychanalyse soit tout simplement devenue victime de ses abus analytiques? Le moins que l'on puisse dire, c'est que c'est long et compliqué. Tellement long qu'une boutade à la

mode fait dire qu'une psychanalyse ne se termine qu'à la mort de l'analysé... ou de son analyste. Une autre boutade met l'accent sur la dépendance des patients. Elle montre deux amies parlant d'une troisième qui est absente; l'une demande à l'autre: «Sais-tu si Gisèle a décidé quelque chose à propos de ses projets de mariage?, et l'autre de répondre: — Comment veux-tu qu'elle prenne une décision, son psychanalyste est en vacances!».

On peut prendre le parti d'en rire. Mais n'est-ce pas trop de désinvolture face aux espoirs déçus? Je ne fais pas ici allusion aux gens qui se sont offert une psychanalyse pour suivre la mode: ils avaient les moyens de se payer une fantai-

sie qui leur donnait bon genre dans les réunions mondaines; à bien y penser, ceux-là en ont eu pour leur argent. Je songe aux autres, aux souffrants du corps et de l'âme ayant mis tous leurs espoirs dans une méthode qui promettait de les libérer de leur angoissant mal de vivre, souvent accentué par des maux physiques. Je pense également aux milieux scientifiques qui, après avoir prêté une oreille attentive, se sont détournés d'une approche* qui pourtant contenait un trésor. Tout n'a cependant pas été compromis; les hypothèses freudiennes, complétées principalement par Jung, sont trop pertinentes pour que l'échec de leur application clinique suffise à faire tomber le voile de l'oubli.

L'école de Nancy (petit hypnotisme)

Le public en général ne connaît de l'hypnose que ce qu'en montrent les hypnotiseurs de music-hall. Ces spectacles dégradants montrent cependant assez bien comment cela se passait chez Charcot, qui ne traitait que des hystériques. Ces transes profondes qui plongent le sujet dans un état cataleptique constituent l'objectif de ce qu'on a appelé

---

* *La psychanalyse est une doctrine qui se transmet individuellement par une analyse didactique. Elle ne peut de ce fait être enseignée dans une école ou une université.*

le grand hypnotisme. Le lecteur a probablement fait un rapprochement entre les quatre cas cités en début de chapitre et ceux qui se passaient chez Charcot et Breuer. Les résultats paraissent similaires, ils ne le sont pas vraiment; les sujets semblent avoir été soumis aux mêmes sollicitations, mais il n'en est rien. Il m'apparaît nécessaire d'établir dès maintenant la distinction entre le grand et le petit hypnotisme, dit hypnotisme de l'école de Nancy.

Freud a vu chez Charcot ce qui était alors l'hypnotisme «médical». À Nancy, chez Liébeault (1823-1904) et Bernheim (1837-1919), il a vu une utilisation de l'hypnose qui se

heim (1837-1919), il a vu une utilisation de l'hypnose qui se voulait strictement psychologique. Pas d'examen, pas de diagnostic. Les patients n'y sont pas plongés en des transes profondes qui leur font perdre conscience; ils sont seulement soumis à un feu roulant de suggestions qui, pour la plupart, sont d'ordre général concernant la santé, la circulation, la digestion, la toux, etc. Quelques-unes seulement se rapportent à l'affection dont souffre le patient. Des suggestions, seulement des suggestions, mais des guérisons en très grand nombre. À Nancy, les patients sont si peu «partis» qu'ils se demandent si oui ou non ils ont été hypnotisés, tant les circonstances de la consultation restent présentes à leur esprit. Au fil du temps, le grand hypnotisme de Charcot sera devenu un divertissement, un spectacle présenté par des hypnotiseurs, alors que l'hypnotisme de Nancy sera resté une technique thérapeutique, pratiquée par des hypnologues. Des hypnologues qui, sur une proposition de l'Espagnol Caycedo, en 1958, ont changé la terminologie pour s'appeler aujourd'hui des sophrologues*.

Les psychothérapies modernes

Alors que le grand hypnotisme de Charcot se voulait être une névrose expérimentale, c'est-à-dire provoquée artificiellement sur des sujets prédisposés, Bernheim montrait

---

* *Qui, en plus des techniques héritées de l'école de Nancy, empruntent à celles qui nous viennent d'Orient.*

que le petit hypnotisme est un état normal, non simulé, obtenu par la suggestion et pouvant survenir chez des personnes normales. Pour l'école de Nancy, il s'agit bien d'un état biologique d'origine psychologique et non d'un état purement fonctionnel. Les idées de Bernheim prennent rapidement le pas sur celles de Charcot; et Bernheim s'impose comme le véritable fondateur de l'hypnothérapie. Nous sommes donc bien dans le domaine de la psychologie. Les travaux de Pierre Janet (1859-1947), pourtant disciple de Charcot, viendront le confirmer. Il publie en 1919 *Les*

de Charcot, viendront le confirmer. Il publie en 1919 *Les médications psychologiques*, où l'on trouve une théorie générale de la guérison psychique. Tandis que Freud, avec quelques disciples, faisait cavalier seul en bâtissant la psychanalyse, l'ouvrage de Pierre Janet constituait une assise de la psychologie moderne. Alors que Liébeault et Bernheim suivaient la ligne directe partant de Mesmer, Freud et Janet s'inspiraient des «spectacles» de Charcot qui, via Braid, était lui aussi héritier du mesmérisme. Quelle que soit la direction où l'on regarde, c'est toujours Mesmer qui se profile à l'horizon. Et qui dit Mesmer dit hypnotisme.

Freud aura contribué plus que tout autre à détourner l'attention des extraordinaires possibilités offertes par l'hypnose comme outil privilégié d'investigation du Subconscient. Il en résulte que, de nos jours, on parle d'états modifiés de la conscience au lieu de parler d'états hypnoïdes, mais cela veut dire exactement la même chose; sauf que cela fait plus nouvelle vogue. Par ailleurs, l'échec clinique de la méthode psychanalytique a conduit des chercheurs à trouver des méthodes d'investigation de remplacement, afin d'atteindre les objectifs théoriquement valables de Freud et de Jung. Toutes ces nouvelles psychothérapies ont le mérite premier d'avoir fait avancer la recherche scientifique. Elles ont également montré qu'il y avait plusieurs voies d'accès au Subconscient, sans cependant en trouver une qui soit aussi directe et efficace que l'hypnose. Elles ont contribué à confirmer que l'esprit domine la matière — ou que la matière est esprit — et elles ont su s'inspirer des recherches de Selye sur

le stress, et de Sperry (prix Nobel de médecine 1981) sur la spécialisation des hémisphères cérébraux. Elles ont enfin cherché à faire la synthèse des techniques occidentale et orientale qui, par des voies similaires, conduisent à l'évidence que l'Homme est doté de puissantes ressources psychiques, capables d'assurer son épanouissement ou de provoquer sa déchéance.

Mais, en dépit de leurs nombreux mérites, aucune de

Mais, en dépit de leurs nombreux mérites, aucune de ces psychothérapies modernes, y compris la sophrologie, ne semble avoir surmonté l'écueil des incertitudes en ce qui concerne les résultats cliniques. Ce n'est jamais très net, ni tout à fait concluant comme le montrent les écrits spécialisés, et c'est essentiellement à cause de cela que je me crois justifié de rendre compte ici d'une trouvaille susceptible d'y changer quelque chose.

Nous arrivons au terme d'un long préambule sans lequel il eut été malaisé de saisir la portée de ce qui va suivre. Quand les chercheurs contemporains démontrent la primauté de l'esprit sur le corps, ne retrouvons-nous pas chez eux la même vision que celle d'Aristote? Dès lors, l'on comprendra mon enthousiasme d'avoir entrevu un moyen étonnamment simple et efficace de réaliser, dans le plein sens du mot, une CATHARSIS.

Chapitre II

À QUOI TIENT UNE TROUVAILLE

En réalité, toutes choses se meuvent en votre être intime dans une

constante semi-étreinte, celles que vous désirez et celles que vous redoutez, celles qui vous répugnent et celles que vous chérissez, celles que vous poursuivez et celles que vous voulez fuir.

Khalil Gibran

Nous vivons dans un monde imparfait sans trop savoir ce que nous y faisons. Pourquoi la vie, pourquoi la mort? D'où venons-nous, que deviendrons-nous? Éternelles questions auxquelles la philosophie et les religions prétendent donner des réponses. L'Homme a besoin de savoir, c'est viscéral; rien n'est pire pour lui que l'incertitude. Savoir et comprendre: c'est également la prétention de la science. Nous réclamons avidement des certitudes, n'importe quelles certitudes — qu'elles viennent de la rigueur scientifique ou d'une foi révélée — pour nous débarrasser de l'obsédante sensation d'être si petits dans un univers si grand. Même le plus blasé des matérialistes n'échappe pas aux superstitions qui taraudent son Inconscient de voyageur cosmique. Que l'on ne s'y trompe pas: nous sommes dominés par la peur. Et c'est la peur qui remplit les officines des voyantes et des astrologues, comme elle remplissait jadis les églises.

C'est aussi la peur qui remplit les salles d'attente des cabinets médicaux et paramédicaux. C'est toujours elle que l'on retrouve chez les gens qui mangent trop, qui boivent

trop, qui fument trop, qui s'activent trop et qui dorment mal. Peur concernant l'argent, un emploi, un projet, un amour; peur liée aux remords ou dédiée à l'avenir; peur des autres et souvent de soi-même. C'est une évidence et pourtant peu d'entre nous admettent que nous sommes bien plus

guidés par la peur que par l'espoir. A moins que l'on appelle espoir le fait d'acheter des billets de loterie! Mais est-ce là l'espoir, la confiance en soi et en l'avenir?

On parle beaucoup de stress, c'est la maladie du siècle. Se demande-t-on pourquoi l'excès de stress est aussi omniprésent dans le monde occidental? Se demande-t-on comment il se fait que mieux la médecine contrôle les maladies infectieuses et plus le nombre et la fréquence des maladies psychosomatiques augmentent? Il y a moins de grandes maladies, mais combien d'entre nous sont en bonne santé? Voyez les budgets des services sociaux, ils sont révélateurs. D'une part, nous sommes pris dans la spirale de la course aux biens matériels: le «bonheur», c'est la possession du dernier gadget, les vacances au soleil, la libération sexuelle, la possession d'une peau d'âne prometteuse d'emploi bien rémunéré; c'est le confort d'un substantiel crédit bancaire, d'une maison de campagne et du prestige professionnel. D'autre part, on nous a appris à courber l'échine et à nous sentir coupables en nous brandissant un Christ crucifié, humilié et battu, venu s'immoler pour le rachat de nos péchés. Nos péchés! Quand, de génération en génération, on véhicule ainsi l'image de l'Homme vaincu, soumis, craintif, petit, coupable et faible, faut-il s'étonner que, du fond de ses tripes, monte la peur?

Pourquoi ne pas reprendre confiance en nos moyens? L'Homme est doté de pouvoirs extraordinaires, mais il s'en sert très peu ou très mal. On l'a trop conditionné à la facilité, à la lâcheté. Un peu de nervosité: hop, un tranquillisant. Un petit rhume commence: vite quelques comprimés. C'est simple et facile. Mais c'est terriblement destructeur. Au lieu d'exciter — de renforcer — les défenses naturelles, on les remplace — on les amoindrit — par des médicaments. Tout

le monde sait pourtant que moins un organe travaille et plus il dégénère. À force de substituer des produits chimiques à notre système immunitaire, on fait de nous des mauviettes, des indolents, des peureux. On fait de nous des peureux

des indolents, des peureux. On fait de nous des peureux gras, déprimés, insomniaques, allergiques et migraineux. Bref, on fait de nous des gens stressés, bouffeurs de pilules. Est-ce là l'Homme créé à l'image de Dieu?

Il ne faut pas, bien sûr, généraliser. Plus d'un lecteur refusera de se reconnaître dans le portrait que je viens d'esquisser à gros traits. Il est vrai que nous ne sommes pas plus égaux devant la vie que devant la loi, que certains sont plus forts, ou moins impressionnables. À première vue, en tout cas. Mais les apparences sont trompeuses. Tel homme d'affaires ou tel médecin prospère — ou psychologue, ingénieur, curé, assureur, enseignant, etc. — qui affiche une sérénité calculée, prend ses antiacides ou ses somnifères en douce et se donne l'illusion de bien cacher ainsi les angoisses qui l'étreignent. Telle grosse femme qui véhicule son opulence cache dans ses graisses l'insécurité qui la tenaille et feint une jovialité qui camoufle ses cauchemars. Mais, vaille que vaille, ils «fonctionnent» grâce aux palliatifs de toutes catégories que le génie humain ne manque pas d'imaginer pour rendre la vie plus (!) belle: les délirantes quantités de cosmétiques et de pilules* que nous consommons montrent mieux que tout autre indicateur combien nous sommes mal dans notre peau.

En contrepartie, pour amorcer le virage nécessaire vers plus d'équilibre et, peut-être, plus de sagesse, on nous promet le bonheur par le végétarisme, les suppléments alimen-

---

* *Une enquête privée effectuée par l'industrie pharmaceutique américaine montre que, en 1979 on a relevé 62 300 000 de prescriptions pour des tranquillisants légers, 32 500 000 pour des sédatifs et 104 000 000 pour des antalgiques; tous, des remèdes psychotropes. À noter qu'il ne s'agit ici que des médicaments prescrits, or l'on sait combien est florissant ce commerce hors prescription.*

taires «naturels», le jogging ou le contrôle mental. «Votre Subconscient peut tout» proclame tel auteur; «Cessez

d'avoir peur et foncez», rajoute un autre. Méditez, relaxez, buvez des tisanes, faites brûler de l'encens; le yoga est souverain si vous savez lequel choisir; ne faites plus d'efforts: il y a l'antigymnastique; à défaut de prière, récitez votre mantra; si la médecine est impuissante, essayez la biofeedback et, encore: plutôt que des vacances pourquoi pas un jeûne prolongé? Tout excès en engendre un autre en sens contraire, c'est bien connu. Et si la science occidentale s'est égarée au point de compromettre notre bien-être, pourquoi ne demanderions-nous pas à la sagesse orientale d'y mettre bon ordre? En d'autres mots: remplacer un délire par un autre délire, une illusion par une autre illusion.

Nous éprouvons le besoin d'autre chose que ce que le monde matérialiste nous propose; c'est particulièrement vrai pour les jeunes. Mais laissons aux utopistes l'illusion qu'ils pourraient transformer la société pour la rendre conforme à leurs vœux. Nous avons mieux à faire, individuellement, en cessant de nous mentir encore à nous-mêmes. Nous voulons croire qu'il est vrai que notre Subconscient peut tout, qu'il suffit de savoir le programmer (!) pour obtenir santé, richesse, amour, emploi ... ou tout bêtement une place libre dans un parking. Ceux qui veulent nous bercer de ces illusions ne présentent jamais qu'un aspect du Subconscient: le meilleur. Mais il y a aussi le pire, et celui-là n'a aucune recette magique. On omet de nous dire combien les risques sont grands de «jouer du mental», que ce soit à la mode occidentale ou à la mode orientale. Je n'aurai aucun mal à le montrer ici quand je ferai l'histoire de quelques cas cliniques. Quant aux aléas de la spiritualité orientale, un expert en la matière peut en parler avec autorité. Voici une opinion d'Arnaud Desjardins qui me semble très pertinente:

> «J'ai remarqué que les Occidentaux étaient impatients et espéraient toujours dans ce domaine des résultats très rapides. Personne n'imagine qu'il peut devenir un

grand pianiste, une grande danseuse classique ou

même un grand médecin spécialiste en deux ans, à raison d'une heure par semaine, et beaucoup pensent qu'en deux ans à raison d'une demi-heure par jour de méditation, on peut atteindre la sagesse. Cette espérance me paraît en contradiction avec tout ce que j'ai pu voir et vérifier par moi-même. Il y a un autre aspect qui m'a beaucoup impressionné dans ces années de recherche. Beaucoup impressionné, parfois avec un intense malaise personnel: c'était de rencontrer certains Indiens ou Européens par exemple qui avaient bénéficié de chances dont je me contentais de rêver, c'est-à-dire de passer vingt ans de leur vie sur place, dans un ashram hindou. [...] Au bout de vingt ans dans ces conditions qui me paraissaient idéales, **ils étaient toujours anxieux, jaloux, brouillés avec un autre disciple, susceptibles, peu tolérants.**» Plus loin, il poursuit: «Il y a un risque à utiliser la spiritualité comme une compensation ou comme un anesthésiant. Même la méditation à outrance peut être simplement un anesthésiant, presque un stupéfiant ou bien encore une fuite: refuser les vrais problèmes, cracher sur la société de consommation, sur les imbéciles matérialistes qui travaillent dans des bureaux pour faire de l'argent. La spiritualité ne consiste pas à faire brûler des baguettes d'encens en lisant Krishnamurti ou en écoutant Ravi Shankar. Cela ne mènera jamais à la disparition de la souffrance, cela ne peut être qu'un immense mensonge.» (10-26)

Libérer le Subconscient

Ailleurs, Arnaud Desjardins raconte comment il rencontra un maître ayant reçu dans sa jeunesse une formation scientifique et qui, se comportant comme un maître traditionnel en Inde, l'a obligé à regarder en face certains aspects de lui-même, à prendre à bras-le-corps ses propres émotions, à plonger dans son propre Subconscient et à faire tout

un travail auquel il est fait allusion dans tous les enseignements sous le nom de «**récurage de la mare**», purification des profondeurs de la psyché. Voilà un Européen qui aura voyagé pendant vingt-cinq ans en Afghanistan, au Japon et en Inde pour rencontrer d'innombrables maîtres hindous, tibétains, soufis musulmans et zen, avant de trouver celui qui allait corriger l'impression négative qu'il retenait des spiritualités de pacotille exportées en Occident. Et que lui apprend ce sage exceptionnel qui n'ait déjà été dit par Aristote? Rien car, n'est-ce pas, le «récurage de la mare», c'est tout bonnement une catharsis complète. Une catharsis que l'on ne réussissait toutefois jamais que partiellement en Occident, soit par psychanalyse, soit par bioénergie, cri primal ou autre psychothérapie moderne. Car, il faut le souligner, le but poursuivi par les psychothérapeutes est bien de produire, dans une certaine mesure, une transformation de l'être même de leurs clients en considérant que **leur difficulté à vivre vient d'eux-mêmes et pas seulement de la société et des autres**. Malheureusement, il y a toujours eu quelque chose qui échappait et j'ose dire que jusqu'ici aucune technique thérapeutique ne permettait d'arriver à une conclusion formelle, à une fin nette et précise. Dans les faits, il faut bien constater qu'une psychothérapie prend généralement fin dans une sorte de lassitude, soit du client, soit du thérapeute: quand on se rend compte que l'on tourne en rond, sans jamais avoir la certitude que la «mare» a été récurée à fond.

La catharsis en question

Il y avait déjà une bonne dizaine d'années que je me passionnais pour les phénomènes hypnotiques et leurs applications thérapeutiques quand un incident me confronta à quelque chose qui allait bouleverser ma vie et mon savoir. Depuis ce jour-là, j'ai appris que tout est infiniment plus simple qu'on ne le pensait; que toute forme d'analyse est superflue; que le «thérapeute» ne doit être rien d'autre qu'un discret technicien dont le savoir-faire est nettement

plus important que ses connaissances théoriques (tant pis pour son ego); qu'il y a un fil conducteur jalonné inscrit dans le psychisme du sujet et que la fin s'impose d'elle-même, dans une apothéose de beauté et de bien-être. Oui, ce jour-là, j'ai appris comment l'être humain peut se guérir lui-même en récurant à fond la mare qui stagnait dans son Subconscient. Du même coup, j'ai appris d'où viennent beaucoup de maux: les thérapeutes — médecins, psychologues ou autres — interviennent souvent trop, intempestivement pourrait-on dire. J'ai appris aussi que nous sommes trop imbus de notre science et de nous-mêmes... mais ça, il m'aura fallu plusieurs années de pratique quotidienne de la catharsis avant d'être capable de l'admettre. Bref, j'ai appris que le malade est porteur en lui-même du plus formidable guérisseur qui soit: son Subconscient.

Le lecteur va avoir le loisir de refaire lui aussi le cheminement dont je parle. Je lui prêterai mon fauteil, mes yeux et mes oreilles, et je tenterai de reconstituer l'essentiel de mes étonnements en cours d'action. Mieux, je serai parfois en mesure de communiquer des extraits du journal intime que m'a confié celle qui fut à l'origine de tout cela. Je raconte cette histoire vraie avec l'autorisation de la personne concernée; elle aura lu le manuscrit avant sa publication et tout ce que vous lirez concernant son cas aura reçu son aval.

Je crois nécessaire de faire, dès maintenant, une mise en garde, afin d'éviter que le public puisse être abusé par des personnes se déclarant habilitées à pratiquer la catharsis dont il est question ici. Les professionnels de la santé qui se sont soumis à mes soins — qui en ont fait l'expérience pour eux-mêmes — ne sont pas suffisamment renseignés pour connaître tous les aspects, variantes et cas spéciaux permettant d'intervenir de façon responsable*. Ils ne connaissent

---

* *Plusieurs thérapeutes en CATHARSIS GLAUDIENNE ou THÉRAPIE DU TUNNEL ont déjà été formés par mes soins. Ils sont membres de la CORPORATION INTERNATIONALE DES CATHARSISTES GLAUDIENS.*

pas l'essentiel. Ce qui est exposé à partir d'ici ne peut servir de manuel. Pour la protection du public, je ne donne pas les informations qui doivent rester au domaine professionnel et qui sont les clefs maîtresses trouvées en traitant d'innombrables cas au cours de plusieurs années d'expérience. Comme cela arrive toujours en recherche, il m'est arrivé de faire des erreurs; il ne faudrait pas que d'autres les répètent.

L'histoire de E.

Elle était âgée de trente ans quand je la reçus pour la première fois en octobre 1977. Elle se limita à me dire qu'elle souffrait en permanence de violents maux de tête lui enserrant le front comme dans un étau, qu'elle était insomniaque et que ses relations conjugales étaient compromises par son manque d'attrait pour la chose. Elle s'était jointe à un groupe qui pratiquait la méditation, en espérant ainsi se détendre et peut-être atténuer ses malaises. Elle n'arrivait à rien de bon dans le groupe et son instructeur, qui est de mes amis, lui suggéra de venir se faire tester chez moi. À sa grande surprise, elle réussit parfaitement bien à se relaxer et je la renvoyai après avoir agi de telle sorte qu'elle s'endorme chez elle sans problème. Quelques jours après, elle prit à nouveau rendez-vous. Elle m'annonça qu'elle devait prochainement faire un voyage avec son mari et voulait que je l'aide à libérer sa libido. Ils avaient un fils, René, âgé de quelques mois qui, fort agité, lui semblait en partie responsable de ses insomnies; même si l'enfant était du voyage, l'occasion paraissait belle pour le couple de se retrouver. Pour moi c'était un travail de routine. Le lendemain, coup de téléphone enthousiaste: le mari était époustouflé par le soudain comportement érotique de sa femme, jamais il ne l'avait vue ainsi. Troisième visite, la veille du départ: elle était rayonnante et souhaitait seulement que je «renforce» les consignes installées au niveau de son Subconscient; ce voyage était tellement important pour elle puisqu'elle espérait y cimenter une relation qui avait été boiteuse jusque-là.

À ma surprise, une douzaine de jours après, elle m'apprit par téléphone que le voyage avait été écourté, qu'il se passait quelque chose d'inquiétant, qu'elle voulait me voir au plus vite. Elle me raconta alors que la très satisfaisante relation vécue une fois ne s'était jamais reproduite: son mari s'était montré odieusement indifférent pendant tout le voyage; indifférent et agressif. Elle se sentait pire qu'avant et me demandait de l'aider. Rien à faire; cette fois elle ne se laissa pas glisser dans l'abandon de la détente et, espérant pouvoir l'aider d'une autre manière, je lui demandai de me raconter sa vie. Elle commença par me dire qu'elle était née avec une faiblesse congénitale au foie. À trois ans, puis à huit et à dix-sept ans, elle fit des jaunisses. Régulièrement, elle faisait encore des évolutions de bile, ainsi l'exprimait-elle. Elle avait donc toujours été une enfant malingre, mal portante. À la puberté, ses menstruations étaient très irrégulières et il arrivait qu'elles cessent complètement pendant plusieurs mois. Son médecin prescrivit des hormones pour une période de trois mois, après cela elle ne vit plus ses menstrues pendant six mois. Et cela recommença ainsi plusieurs fois.

Vers l'âge de quatorze ans, elle était très déprimée. On lui prescrivit des tranquillisants et elle dut vivre avec eux pendant toutes ses études et durant quelques autres années. Elle raconte:

> «Le médecin me trouvait anémique, j'avais de la difficulté à digérer, j'étais stressée, mon système hormonal fonctionnait mal, j'étais très déprimée depuis que j'avais environ quatorze ans et j'étais mal dans ma peau. Les tranquillisants créaient un état euphorique qui faisait que j'étais dans les vapeurs. Grâce à cela je me sentais bien et rien ne pouvait m'atteindre. Les gens pouvaient me dire n'importe quoi, mais ça ne me dérangeait pas. Je flottais. Après mes études, j'ai commencé à enseigner, toujours avec Valium et Librium pour me maintenir. Puis un jour, une amie a pris une

surdose de L.S.D. Je suis allée la voir à l'hôpital et je lui dis:

«Je ne comprends pas que tu te sois volontairement détruite, tu es intelligente, tu as des capacités; il y a pourtant des moyens de régler tes problèmes sans te droguer!

— Tu peux parler, tu fais pareil!

— Eh bien non! je n'en prends pas de la mari, je n'en prends pas du L.S.D...

— Non, mais tu avales ta petite portion de pilules régulièrement!»

J'ai dû admettre que j'étais aussi droguée qu'elle. Je ne vivais pas, j'existais. J'ai alors décidé de fonctionner par moi-même. J'ai pris le paquet de pilules, j'ai foutu ça aux poubelles. J'ai fonctionné plus mal, j'étais vraiment très inconfortable dans ma peau, mais j'attribuais cela au fait que j'avais laissé mes pilules. Maman a eu son cancer, et j'ai traversé cette période de cinq ans sans prendre de médicaments. Plus cela allait et plus le malaise s'accentuait, j'étais épuisée par mon travail combiné aux soins apportés à la malade. Je n'avais aucune vie sexuelle, pas même toute seule; cela ne me tentait vraiment pas. Mais à force d'entendre les autres en parler, j'ai un jour décidé d'apprendre comment cela se passait. Je suis sortie une fois, une seule, avec un homme sympathique: cela m'a laissée totalement froide, neutre.

Puis j'ai rencontré François. Je pense que ce qui l'a poussé à vouloir m'épouser, c'est le fait que je ne voulais rien savoir des relations sexuelles. De ma part, ce n'était pas un jeu. Je voulais qu'il aime mon esprit, ma personnalité, mais pas mon corps. J'avais seulement besoin de tendresse et d'affection, et je l'aimais. Évidemment, après le mariage — j'avais alors vingt-quatre ans — les choses n'allaient pas bien. Je subissais

les relations sexuelles, je n'y participais pas. Un jour, notre médecin de famille a conseillé à mon mari de me faire un enfant; ainsi, pensait-il, les choses rentreraient peut-être dans l'ordre. De fait, pendant ma grossesse j'étais tout à coup beaucoup mieux dans ma peau. Jamais je ne m'étais sentie aussi bien. L'accouchement s'est bien passé, sauf que le bébé avait le cordon ombilical tourné deux fois autour du cou. On a dû utiliser les forceps et on a pratiqué une réanimation cardiaque à mon fils. Pendant trois mois nous nous demandâmes si le bébé aurait une lésion au cerveau, par manque d'oxygène au moment de sa naissance. Nous avons été rassurés par la suite, mais l'enfant dormait très peu et me mobilisait beaucoup; il était très agité et j'étais très agressive face à lui.

J'avais une voisine qui était très énergétique; je me disais que c'était pas possible que quelqu'un se sente bien à ce point-là. Je lui demandai si elle avait une recette miracle. Elle me dit:

«Si tu t'alimentais un peu mieux, peut-être que cela t'aiderait.»

Alors je me suis mise à changer toutes mes habitudes en essayant de m'alimenter plus régulièrement, de manger des légumes, des fruits... chose que je ne faisais pas bien avant. J'ai dû me rendre compte qu'au point de vue santé cela s'améliorait, mais qu'au point de vue mental je n'étais par mieux.» (Mot à mot d'un enregistrement magnétoscopique, complété par des précisions ultérieures.)

Au cours de cette rencontre, j'appris également que le père de E. vivait avec eux, et que cela causait certains problèmes. Nous décidâmes qu'elle viendrait me voir de temps à autre pour essayer de lui faire retrouver la capacité de se détendre. Mais rien n'allait plus, et cela me mettait en rogne: je savais qu'elle était capable de le faire puisque cela avait

fonctionné comme un charme quand elle était venue à mon bureau les premières fois.

Entre-temps, le chat était sorti du sac: son mari avait une maîtresse depuis peu, ce qui pouvait expliquer sa froideur et sa hâte de mettre fin au voyage. Il avait annoncé à E. qu'il voulait se séparer d'elle, elle exigeât le divorce. Sitôt dit, sitôt fait; il avait plié bagages pour aller vivre ailleurs. E. avait la garde du bébé et François l'assurait qu'il subviendrait à leurs besoins et qu'elle pourrait occuper leur maison jusqu'à ce qu'elle soit vendue.

Elle revint me voir une ou deux fois pour essayer de retrouver la détente et améliorer la qualité de son sommeil. J'avais maintenant devant moi une femme aigrie, démoralisée, dépressive. Elle avait maigri, alors que déjà je la trouvais trop mince la première fois que je l'avais vue. Pas de seins, pas de hanches: un corps plus masculin que féminin. Elle accentuait encore cette impression en portant ses cheveux bruns coupés très courts et en ne s'habillant que de pantalons et de chandails; jamais de bijoux. Intelligente, elle était très portée à rationaliser: elle refoulait ses émotions jusqu'aux limites du possible, cherchant à montrer l'image d'une femme moralement forte.

Un jour, alors qu'une fois de plus j'essayais de l'amener à retrouver la sérénité de la détente, elle éclata soudain en sanglots en rejetant la couverture qui habillait ses jambes, ainsi que le repose-pied qui prolonge mon fauteuil. Puis, se retournant en se débattant contre je ne sais quel fantôme, elle se retrouva à genoux sur le sol, le corps affalé de face sur le fauteuil: elle me faisait une crise de nerfs et j'ignorais ce qui avait pu la provoquer. Après qu'elle se soit calmée un peu, elle me dit ne pas comprendre ce qui lui arrivait et elle s'en excusa. J'étais perplexe et lui indiquai que nous ne pourrions continuer ainsi: il était évident que le problème était sérieux et qu'il nécessitait une investigation en profondeur. Nous nous quittâmes là-dessus.

Le lendemain, une de ses voisines, qui était de mes clientes, me téléphona pour m'annoncer que E. avait tenté de se suicider au cours de la nuit, et qu'elle avait été transportée à l'hôpital où on avait procédé à un lavage d'estomac. Elle avait avalé des pilules, mais avait eu le réflexe d'appeler cette voisine alors qu'elle se sentait à la dérive. Dieu que j'aimais alors les braves gens qui n'avaient que des problèmes d'allergie, de migraine ou d'embonpoint!

Quelques semaines après l'incident, cinq mois après notre première rencontre, E. demanda à me voir. Elle m'annonça qu'elle avait décidé de s'en sortir et qu'elle accepterait peut-être de laisser fouiller son Subconscient. Au cours de nos précédentes rencontres, je lui avais expliqué le phénomène des souvenirs occultés en lui donnant des exemples similaires à ceux présentés au chapitre précédent. Elle s'était informée à ce sujet, et quelqu'un lui avait dit que la technique de régression d'âge était connue depuis longtemps, mais qu'elle avait été presque abandonnée en psychiatrie parce que les résultats obtenus n'étaient pas permanents ou, encore, qu'ils étaient insuffisants: les patients traités ainsi avaient quand même besoin de recevoir d'autres soins, ou de prendre des médicaments. Son information était exacte, mais on ne lui avait pas dit que c'était surtout les psychanalystes qui avaient détourné l'attention d'une méthode simple et directe au profit d'une méthode analytique soi-disant plus scientifique. J'admis que si le «re-souvenir» d'un incident occulté entraînait bien la disparition d'un symptôme, l'on se retrouvait souvent devant un cas complexe et que, selon moi, l'erreur était de se limiter à une seule régression. J'avais plus d'une fois eu l'occasion de constater cela. À ce propos, vous vous souvenez sans doute du cas de A., la jeune fille à l'urticaire géant; je ne vous ai pas tout dit à son sujet: elle avait aussi revécu quatre autres incidents plus mineurs, et si je m'étais limité à la scène principale, elle n'aurait pas été complètement guérie... Quoi qu'il en soit, à l'époque de ma discussion avec E., mon argument était que mes résultats étaient similaires à ceux obtenus par d'autres

moyens, qu'un moyen en valait un autre, mais que le mien était nettement plus rapide. Bref, elle cherchait encore une échappatoire pour se soustraire à l'investigation de son Subconscient, bien qu'elle réclamât de l'aide: elle avait fait une tentative, qu'elle jugeait non probante, en psychologie et elle répugnait à s'adresser en psychiatrie. Donc il ne restait que moi, toujours selon elle, comme solution possible.

Elle ne m'avait pas encore, jusque-là, parlé de sa tentative de suicide, alors que sa démarche pour décider de sa thérapie m'en semblait être la suite logique. Je lui dis que mon intention serait de trouver prioritairement pourquoi elle avait fait cela, que je m'attendais à beaucoup de résistance de sa part et que cela risquait d'être assez long. Elle me raconta alors que, après sa crise de nerfs dans mon bureau, elle avait erré une bonne partie de la journée au volant de sa voiture, qu'elle avait essayé de se propulser contre un arbre, mais qu'un réflexe de dernière seconde lui avait finalement fait éviter l'obstacle. Rentrée chez elle, les nerfs toujours à vif, elle avait été excédée par les pleurs de son fils et, perdant la tête, elle l'avait empoigné et l'avait projeté contre le mur **avec l'intention de le tuer**! C'est en se rendant compte de son acte qu'elle avait absorbé toutes les pilules qu'elle avait pu trouver chez elle... Un enfant de dix-huit mois! J'en avais froid dans le dos, mais il fallait que je continue d'afficher la sérénité de rigueur, le souverain détachement de l'homme de l'art. Je compris que j'aurais éventuellement tout un problème sur les bras. Et quelle responsabilité! D'autant plus que, sa confidence faite, E. me déclara calmement: «Vous voyez bien que j'ai besoin d'aide. Et si je m'y décide, c'est vous que je choisirai.» Il fut convenu que, le cas échéant, nos rencontres ne seraient pas limitées à l'habituelle heure consacrée à une visite. J'estimais que je n'arriverais à rien avec elle si je n'avais pas le loisir de décider, chaque jour, du moment opportun pour mettre fin au tête-à-tête. Ce fut la décision qui allait tout changer en nous mettant sur la voie d'une formidable trouvaille.

Journal de E.

Le 1er mars 1978: ce matin j'ai (encore) complètement perdu le contrôle. Alors que je lavais la vaisselle, René (le bébé) cherchait constamment à me toucher et, à un moment donné, je n'ai plus été capable de le sentir sur moi. Je me suis mise à crier et à trembler de tout mon être sans pouvoir m'arrêter. La peur m'a prise aux tripes et j'ai appelé Albert pour lui dire de m'inscrire pour une thérapie intensive. Je ne peux plus continuer ainsi, autant pour ma sauvegarde que pour celle de René. Ou je vais être bien dans ma peau, ou je ne raterai pas mon coup.*

Le 3 mars: suis allée en rencontre avec François (chez une psychologue spécialisée dans les problèmes matrimoniaux). Il m'a répété devant madame V. qu'il ne voulait plus vivre avec moi et qu'il n'y avait pas de réconciliation possible. Sa décision vient d'une impulsion profonde; à son dire, cela ne l'a jamais trompé. Puisse-t-il dire vrai. Une fois de plus, je me suis sentie touchée au plus profond de mon être, mais je crois que ce fut bénéfique de me le faire redire car maintenant je suis certaine qu'il n'y a plus d'espoir. Peut-être vais-je enfin me décider à me prendre en main. Je crois qu'avec la thérapie je devrais y arriver plus facilement. Je vais rencontrer l'avocate mardi prochain afin de régler les détails légaux. Madame V. a suggéré que nous revenions la voir après cette visite. Nous verrons cela...

Le 6 mars: première séance de thérapie. Albert m'a expliqué ce qu'il entendait faire (provoquer une régression d'âge) et les résultats attendus. La nouvelle bobine (un enregistrement magnétique préparé spécialement pour E.) m'a aidée à mieux me détendre. Même si je suis en climat de confiance, je me rends compte que j'ai encore très peur de l'inconnu et que ça m'empêche de me laisser aller.

Le 7 mars: deuxième séance. Je fais des progrès et je me libère tranquillement pas vite. Je voudrais avoir déjà terminé et je n'ai même pas commencé. J'ai l'impression que je me détends plus facilement et plus profondément. J'apprends à ne pas refouler mes sentiments, à les laisser s'exprimer librement et entièrement. Mais Bon Dieu que c'est dur... Rencontre avec l'avocate: un charme. C'était comme si ça ne me concernait pas.

* *Les parenthèses sont des rajouts de l'auteur.*

Le grand jour

Nous sommes le 8 mars 1978. Depuis deux jours je multiplie les tentatives pour amener E. à retourner dans son passé. Tel que convenu, je cherche à faire émerger de son Subconscient le souvenir qui pourrait expliquer sa crise de nerfs et sa tentative de suicide. Rien. Et pourtant il y a onze ou douze ans d'expérience derrière moi pour attester que je maîtrise bien cette technique! Elle se comporte quand même mieux et s'abandonne davantage pendant les détentes. Mais son Conscient est trop présent: elle a peur de ce qui pourrait arriver. Pour l'aider à mieux focaliser sa pensée, je lui demande de porter attention sur divers points de son corps, sièges des chakras* chers aux techniques orientales. Seul le pubis indique une faible réaction positive en dégageant un peu de chaleur. À un certain moment, j'ai l'idée d'utiliser la technique de Desoille**, qui consiste à faire imaginer l'entrée d'une grotte inconnue puis d'inviter le sujet à y pénétrer pour décrire les objets qui s'y trouvent éventuellement, selon ce que son imagination lui dicte. C'est une méthode analytique qui permet soi-disant au thérapeute de tirer certaines conclusions selon les choses vues et les émotions qui pourraient en découler. Silence, long silence que je m'impose de ne pas rompre. Je lui vois froncer les sourcils... j'attends encore sans intervenir... puis elle me dit: «J'ai vu l'entrée d'une grotte au flanc d'une montagne... j'y suis entrée... mais ce n'est pas une grotte, c'est un TUNNEL.» Quoi!!! On lui demande une grotte et elle voit un tunnel?

«Bon. Allons-y pour un tunnel et dites-moi ce que vous voyez.

* *Les chakras sont des centres d'énergie qui canalisent les forces vitales; au plan physique, ils opèrent à la fois dans le système glandulaire et le système nerveux. Ils sont traditionnellement au nombre de sept et peuvent dégager une énergie négative ou positive se traduisant par*

une sensation de froid ou de chaud.

** *Robert Desoille, psychiatre français, inventeur de la technique du rêve éveillé dirigé.*

— C'est un tunnel aux parois métalliques ondulées, il a la forme d'une corne d'abondance qui tourne vers la droite... et il y a DES PORTES dans les parois: quatre à gauche et trois à droite.»

Un tunnel, ... des portes? Je n'ai jamais rien entendu de pareil, ni jamais rien lu à ce sujet! Qu'est-ce qu'elle est en train d'inventer? Cela m'intrigue. Je lui demande de me décrire ces portes et de me dire comment elles sont placées les unes par rapport aux autres. Je me souviens parfaitement qu'elle m'a répondu que c'était la première porte de gauche qui était la plus proche de l'entrée du tunnel et qu'elle m'a aussitôt fait remarquer qu'elle ne voyait aucune lueur au bout du tunnel: cela semblait la préoccuper. J'étais en pleine improvisation et lui répliquai, pieux mensonge de thérapeute qui ne veut pas perdre la face, que c'était «toujours» ainsi que l'on voyait le tunnel!? Je voulais bien sûr qu'elle se sente sur un terrain solide; il ne fallait pas qu'elle perçoive ma perplexité... et ma totale ignorance au sujet d'un possible tunnel.

Ne sachant trop dans quelle galère j'embarquais — toujours l'improvisation — je lui demandai de se placer devant la première porte à gauche et de me la décrire en détail.

«C'est une porte en bois brun naturel, arrondie dans le haut et munie d'une poignée en fer noir.

— Très bien. Ouvrez cette porte et entrez.»

Silence. Puis elle s'écrie:

«**Non je ne veux pas. Non maman, pas ça!**» Et elle se met à pleurnicher comme une petite fille. Me voilà revenu en terre connue: elle est en régression et vit une scène de son passé. **Victoire**: elle est en régression. Sou-

dain je me sens mieux.

À partir de maintenant, le lecteur comprendra que les détails anodins deviennent superflus. Je me limiterai donc au résumé de l'événement en question: elle avait six ans et

demi, son grand-père paternel venait de mourir et la maman de E. voulait que sa fille embrasse le mort. Finalement l'enfant s'y décida en procédant à toute vitesse, empreinte de terreur. Après cette scène, E. me dit: «C'est devenu noir, il n'y a plus d'images.» Continuant mon improvisation et nettement plus à mon aise maintenant, je lui demandai de revenir dans le tunnel, devant la porte. Elle me dit, avec un accent de surprise:

«La porte est entrouverte!

— Très bien. Entrez à nouveau et dites ce qui se passe...»

Elle se retrouve dans la même chambre que tout à l'heure. Le mort n'est plus sur le lit. C'est elle qui s'y trouve, recroquevillée et tremblante. Sa mère a décidé, peut-être pour l'endurcir, que l'enfant passerait la nuit à cet endroit! Elle pleure en silence et n'arrête pas de trembler. Et c'est long, très long. Puis, d'un bloc, elle s'affaisse; elle est là, immobile, sans plus aucune plainte, les traits figés. Seule sa respiration — lente et régulière — indique qu'elle est vivante: elle vient de perdre connaissance. Je ne bouge pas, il faut attendre. Après plusieurs minutes, elle semble sortir un peu de sa torpeur et je lui demande ce qui se passe. Elle me répond: «Je ne suis nulle part.» Je l'invite à retourner dans le tunnel où une surprise nous attend: la porte est tombée de ses gonds et gît à plat sur le sol.

Les yeux toujours fermés, E. semble très calme et je remarque que son teint se colore. En réponse à une question à cet effet, elle confirme qu'elle se sent très bien, reposée et sereine. Nous sommes toujours devant cette porte qui est par terre; elle me dit alors qu'elle voit que le cadre de porte est rempli de lumière. Je l'invite à entrer une autre fois et elle m'annonce qu'il n'y a plus rien, qu'elle se trouve dans une

sorte d'immense vide où elle se sent flotter: comme si elle était en apesanteur! Il semble bien que cette porte-là nous ait livré tous les souvenirs qu'elle enfermait.

Les deux scènes ont été revécues en un peu plus d'une heure. J'ai épargné au lecteur les longs silences qui sont

assez courants dans ces moments-là. J'ai hâte d'entendre les commentaires de E. Je lui demande donc de sortir de son état modifié de conscience — sa détente — et nous bavardons. Je lui dis qu'elle s'est évanouie; elle me précise que le «noir» où elle se trouvait quand elle était «nulle part», n'était pas de la même nature que l'autre noir qui s'impose quand une scène est terminée. Nous concluons que c'est pour échapper à sa terreur de s'être retrouvée dans le lit du mort qu'elle s'est réfugiée dans une perte de conscience: ainsi plus aucune émotion ne peut la perturber. Elle me fait part de sa surprise d'avoir vu des images mentales tellement précises qu'elle se sentait réellement dans chaque événement revécu. Elle se sentait dans son corps de six ans et demi, elle savait qu'elle était une élève de deuxième année, elle avait nettement senti sur ses lèvres la froideur cadavérique du grand-père et, sous elle, la texture des draps de lit.

Bien que je m'en sois expliqué avec elle quelques jours auparavant, E. avait encore de la difficulté à comprendre que l'on puisse vivre des scènes bien plus réelles qu'en rêve, sans dormir, et qu'en plus, on puisse être parfaitement conscient de vivre deux situations en même temps, c'est-à-dire se savoir dans mon fauteuil, m'entendre et, dans le même instant, être avec sa mère vingt-quatre ans plus tôt et l'entendre elle aussi. J'espérais qu'elle allait me parler du tunnel et me poser des questions; mais rien. J'appris bien plus tard qu'elle n'avait pas soulevé ce point parce qu'elle imaginait que tout le monde voyait ce tunnel avant de régresser. Après avoir vérifié qu'elle n'avait aucun souvenir conscient des deux scènes révélées par la porte, et m'être ainsi fait confirmer qu'il s'agissait de deux faits occultés, je levai la séance.

Après son départ, j'étais évidemment très content d'avoir réussi à débloquer la situation mais ce tunnel m'intriguait. Je crois bien m'être dit que c'était tant mieux si elle avait imaginé ce moyen-là pour s'abandonner à son Subconscient, et qu'il serait pratique d'avoir ces portes pour savoir comment la thérapie progresserait. Sans plus.

Journal de E.

Le 8 mars, troisième journée: une fois de plus sur la chaise de torture mais cette fois ce fut plus intéressant. Je commence à régresser. Et ça me fait terriblement peur quand même.

(En lisant ces lignes a posteriori, je me rends encore mieux compte combien E. était peu consciente, elle aussi, de l'importance de cette journée du 8 mars 1978.)

La deuxième porte

Le lendemain, tout semble compromis. À son arrivée, E. est assez joyeuse et elle a l'air reposée. Elle me dit qu'à sa grande surprise elle a très bien dormi, alors que depuis plusieurs semaines elle avait toujours beaucoup de difficulté à s'abandonner au sommeil. Comme la veille, je commence la séance par une détente guidée et tout semble bien aller. La croyant prête, je lui demande de visualiser l'entrée de son tunnel, puis de se diriger vers la deuxième porte. Rien ne se passe; elle ne voit rien parce qu'elle a peur. Il faudra que nous ayons une longue conversation où je dois la raisonner, puis que je procède à une autre détente guidée pour qu'elle retrouve ses images mentales. Quand elle ouvre enfin la porte, elle se trouve immédiatement dans la salle de bain de la maison familiale. Son frère Gaétan l'a entraînée là en lui disant qu'il avait trouvé un nouveau jeu fort amusant. Elle a dix ans, il en a treize. Pour ce jeu, il faut qu'ils soient nus et que la baignoire soit pleine d'eau froide. Le garçon va entrer dans l'eau le premier et il demande à sa sœur de bien regarder ce qui va se passer. Au contact de l'eau, il a une belle érection que E. contemple avec un étonnement non feint.

érection que E. contemple avec un étonnement non feint... avant d'en tâter la vigueur. Son frère lui explique que le jeu consiste pour elle à bien observer ce qui va se passer si elle fait bien glisser la peau sur le rythme qu'il lui indiquera. Elle trouve ça passionnant et s'y absorbe avec plaisir. Mais elle ne verra jamais la fin du jeu: le bruit de la porte d'entrée annonce le retour des parents à la maison. C'est la course à l'habillage; confus, ils sortent en vitesse de la salle de bain, comme on peut l'imaginer. La mère n'est pas dupe, même si

elle n'a rien surpris de concret, et c'est à ce moment que le drame se noue. Gaétan est envoyé dehors: qu'il aille jouer ailleurs. Mais pour E. c'est une autre histoire. Elle sera enfermée dans sa chambre, à genoux dans un coin, après avoir subi un sermon de circonstance où elle s'entend menacer de devenir une putain.

Elle pleure et murmure des protestations. «Ce n'est pas juste, je n'ai rien fait; c'est lui qui voulait ça et c'est moi qui suis punie. C'est toujours la même chose: les garçons peuvent tout faire, c'est jamais grave pour eux...» Bref, elle est consciente d'être victime d'une injustice et, seule dans un coin, elle mesure combien il est difficile d'être une fille. Elle ressent alors de la haine pour sa mère qui fait deux poids deux mesures; puis de la haine pour sa condition de fille.

Même porte, scène deux. Dans son lit: elle a maintenant treize ans et elle découvre le plaisir que son corps peut lui procurer. Cette scène contredit E. qui, antérieurement, affirmait n'avoir eu aucune vie sexuelle avant l'âge de vingt-trois ans, même pas toute seule avait-elle précisé. Après cette régression, elle me confirme encore n'avoir aucun souvenir de s'être jamais masturbée. Elle tient à me faire remarquer que ce n'est pas par pudeur qu'elle nie ce fait: cela lui paraît tout simplement invraisemblable quand elle tient compte de son total détachement à l'égard de la sexualité pendant et après son adolescence. Je n'insiste pas, ne fais aucun commentaire et nous nous quittons là-dessus.

tant qu'il s'agissait des incidents liés à la mort de son grand-père ou de la scène de la baignoire, E. n'a pas semblé soulever la question de confiance. Mais pour la scène suivante elle a de sérieux doutes: elle sait trop combien elle sentait l'indifférence de son corps à l'époque. Elle commence à se demander si ces régressions ne sont pas de la foutaise, uniquement le fruit de son imagination. Si je n'ai fait aucun commentaire, c'est parce qu'il est évidemment impossible de vérifier le fait. Mon expérience me permet cependant d'entrevoir un indice important dès ce moment-là, et ma

réflexion va dans le sens suivant: si la scène de la masturbation est authentique, comme je le crois, elle indique que E. était normalement développée sexuellement à treize ans.

Or, si elle n'en a aucun souvenir, c'est qu'il y a eu occultation, donc un choc émotif suite à un incident quelconque qui serait survenu peu de temps après, et qui aurait installé une frigidité sévère. Je n'écarte pas, cependant, la possibilité qu'il s'agisse d'un fantasme, mais cela me paraît trop gratuit. Il faudra donc attendre la suite des événements pour y voir plus clair... et, en attendant, garder mes réflexions pour moi.

La troisième porte

E. m'arrive dans un état plutôt délabré. Elle me dit qu'elle a très mal dormi, qu'elle a beaucoup pensé à la dernière scène revécue la veille, et qu'elle se sent tout à fait «perdue» dans la démarche entreprise. Au point qu'elle voulait me téléphoner pour dire qu'elle renonçait. Et même si elle est devant moi, elle n'est pas du tout certaine d'être disposée à travailler. Par-devers moi, je la trouve compliquée et passablement difficile à guider: une vraie tête de cochon! Mes pensées n'étaient ni charitables ni très professionnelles, j'allais l'apprendre avant peu. À ma décharge — grâce au recul du temps — il faut dire que j'étais loin de me douter de ce qui allait se passer, et que je n'avais pas encore appris à recon-

naître le signe annonciateur d'une regression majeure imminente: son désarroi indiquait pourtant qu'elle pressentait inconsciemment l'épreuve qui l'attendait.

Toujours est-il que, finalement, elle se décide à entrer dans son tunnel et à franchir la troisième porte. Elle se trouve dans un vaste champ. Les blés sont coupés et une charrette attelée laisse déborder sa cargaison. Personne aux alentours. Je la questionne pour savoir ce qu'elle va faire, elle me répond qu'elle a envie d'aller près de la charrette et du cheval. Elle est contre la roue gauche, puis se hisse vers le sommet de la montagne végétale dorée par les feux de l'ar-

dent soleil. Une tête brune émerge, puis un bras se tend pour l'aider dans son escalade: c'est son cousin Léopold, responsable de l'attelage, qui s'octroyait une sieste. Elle me dit alors qu'elle se situe très bien: elle est en vacances chez un oncle fermier, elle a treize ans et Léo en a seize. Elle est venue pour communiquer un message verbal au jeune homme. Un long silence s'installe, puis E. se met à parler: elle dialogue avec son cousin. D'après les questions qu'elle pose ou les réponses qu'elle fait, je comprends qu'il s'agit d'une tractation où il est question que Léopold lui prête sa bicyclette et lui donne de l'argent pour des friandises si elle accepte un marché dont il ne m'est pas possible de saisir l'enjeu. Je l'entends finalement dire: «Je veux bien.»

Suit alors une scène qui ne demande pas à être commentée plus que nécessaire. Peu à peu E. se met à gémir, puis à tendre le corps en poussant une longue plainte de plaisir. C'est saisissant de réalisme pour le quinquagénaire que je vais bientôt devenir. Puis, comme l'avant-veille, elle perd connaissance. Longue attente avant qu'elle reprenne ses sens, et nouveau dialogue avec le cousin. Dialogue où je comprends que Léo sait que la langue peut avoir un autre usage que la parole. E. semble indécise et fort surprise quand Léo réclame son dû. Cela se terminera par d'épouvantables étouffements et éructations avant que la jeune fille perde derechef connaissance, non sans avoir fait le geste

elle perde derechef connaissance, non sans avoir fait le geste de vomir.

Revenue à elle, E. se débat maintenant pour échapper aux nouvelles avances de Léo. D'une poussée des jambes elle le jette à bas, grâce à la complicité glissante des gerbes entassées et, fouette cocher, se dirige vers une rivière qui coule non loin de là tandis que le cousin médusé doit rester fesses au sol en la regardant aller. Elle va vers la rivière parce qu'elle veut se laver la bouche. Elle abandonne l'attelage et, de fait, va longuement se gargariser, puis se rince le visage et se nettoie sommairement. Ensuite, épuisée, elle s'allonge sur l'herbe et s'endort. Après quelques minutes, elle semble rêver. Elle me donne l'impression de revivre la première

scène de la charrette. Cela se précise en effet, mais cette fois elle semble participer davantage encore; elle est littéralement déchaînée et ses gémissements sont tels que j'ai peur de ce que mes voisins pourraient imaginer. Le moins que je puisse dire, c'est qu'elle est totalement dominée par la passion. Puis, brusquement, un autre évanouissement.

Je la laisse se reposer un bon moment avant de l'inviter à revenir dans la pleine réalité de mon bureau. Elle me regarde, les yeux ronds, puis s'exclame:

«Non, ce n'est pas vrai! Ce n'est pas possible! Pas à moi; pas à cet âge-là!»

Je me dois de la rassurer en lui affirmant que bien des jeunes ont découvert la sexualité dans des circonstances analogues. Elle me regarde sans rien dire puis elle me lance:

«Vous ne comprenez pas. La deuxième fois ce n'était pas mon cousin. C'était un chien!»

Elle me donne alors les détails qui manquent: elle avait lavé sa culotte dans la rivière et l'avait étalée au soleil pour la faire sécher pendant qu'elle se reposerait. Elle s'est effectivement endormie. Puis elle a senti un chien errant qui la reniflait... et elle a cherché, grâce à lui, à connaître le plaisir que son cousin lui avait fait découvrir.

que son cousin lui avait fait découvrir.

Pendant que nous parlons de tout cela, E. ne manifeste aucune gêne apparente. Elle discute calmement et revient à son naturel en cherchant à raisonner les incidents qu'elle vient de vivre. Elle veut comprendre et voudrait que j'analyse avec elle. Je m'y refuse en lui disant ma conviction que c'est inutile: ou bien elle a revécu des faits véridiques occultés, ou bien elle vient de vivre un fantasme. Dans l'un ou l'autre cas il s'agit d'une manifestation libératoire surgie du Subconscient. Je lui fais valoir que ce qui vient de se passer semble confirmer la régression de la veille, à savoir qu'elle était sexuellement éveillée avant d'aller aux champs, et que tout avait probablement été bloqué par la scène du chien qui, réelle ou imaginée, avait provoqué un très fort

sentiment de culpabilité ayant engendré une occultation. Elle réplique vivement: «Je crois que vous avez raison parce que j'ai maintenant l'explication pour ma phobie du sperme.» C'est du nouveau pour moi, elle ne m'avait signalé aucune phobie. À ma demande, E. précise qu'elle est incapable de toucher ce liquide, même du bout des doigts, et que cela la dégoûte d'en voir. Elle enchaîne en donnant un autre détail inédit pour moi: le seul contact physique qui ne lui déplaisait pas — sans toutefois la gratifier — c'était quand François lui faisait l'amour oral.

Jusqu'ici je ne savais des problème de E. que ceux dont elle m'avait parlé la première fois, c'est-à-dire: ses maux de tête, son insomnie et sa frigidité, plus ce que nos rencontres avaient révélé. L'occasion était belle pour que nous complétions le tableau. J'appris ainsi qu'elle était allergique à la fumée de cigarette et aux féculents, particulièrement aux petits pois, et qu'elle avait trois autres phobies: la terreur des ponts, des terrains de stationnement et des hauteurs! Jamais, disait-elle, elle ne pourrait traverser un pont à pied; en voiture, elle roulait toujours le plus possible à gauche quand elle devait en affronter un. Par ailleurs, elle était

incapable de stationner son véhicule si elle n'était pas assurée de pouvoir laisser un large espace entre sa portière et une autre voiture: au parking, elle s'arrangeait généralement pour stationner à cheval sur une ligne de séparation, afin d'occuper deux places à elle seule. C'était sérieux au point qu'il lui était arrivé plus d'une fois d'attendre très longtemps qu'une voiture soit déplacée plutôt que d'oser se glisser entre deux véhicules pour récupérer le sien.

E. s'est animée en me donnant ces détails. Elle paraît plus ouverte et plus confiante. Quelque chose est changé en elle, mais je suis bien en peine de préciser quoi. Elle s'attarde, ne semble pas aussi pressée de partir que les autres jours. Elle me donne l'impression d'avoir enfin accepté l'espoir. J'en profite pour établir avec elle la liste des problèmes qu'elle cherche à résoudre en venant me consulter:

— Elle est dépressive et a des pensées suicidaires.
— Elle refuse sa féminité, y compris les accessoires qui la souligneraient.
— Elle est très agressive envers son fils, ce qui lui fait très peur.
— Elle identifie au moins six phobies: les morts, les hauteurs, les ponts, les parkings, le sperme et l'eau.
— Elle est allergique à la fumée de tabac et aux petits pois.
— Elle souffre de violents et permanents maux de tête.
— Elle est insomniaque.
— Elle est frigide.

Ce qu'elle a vécu en régression jusqu'ici, à travers les trois premières portes, me laisse supposer qu'elle pourrait bien s'être déjà libérée de la phobie des morts (le grand-père), de ses insomnies (la terreur dans le lit du mort), de la phobie du sperme (son cousin Léo dans la charrette) et de sa frigidité (le chien). Trois des événements pourraient se vérifier et je demande à E. de faire confirmer les scènes relatives au grand-père par son père, la scène de la salle de bain par son frère et celle de la charrette par son cousin — et j'ajoute

son frère et celle de la charrette par son cousin... et j'ajoute, mi-figue mi-raisin, qu'elle trouvera bien un moyen de vérifier où en sont sa frigidité et sa phobie du sperme. Elle me dit qu'elle a perdu son cousin de vue et qu'elle ignore où le retrouver. En d'autres mots, elle me laisse savoir qu'elle n'a aucune envie de le contacter à ce sujet.

Nous avions terminé la semaine sur une note dramatique. Je me demandais comment E. «digérerait» l'histoire du chien, et quelles seraient ses réactions, ses émotions et ses pensées pendant les deux journées de repos que nous allions nous accorder. Quant à moi, c'était la première fois que je travaillais quotidiennement avec la même personne et je savais parfaitement que l'idée ne m'en serait jamais venue si E. n'avait pas offert tant de résistance et montré autant d'hésitation. Nous avions passé chaque jour une moyenne de trois heures en tête-à-tête, soit quinze heures en cinq jours. Les résultats fructueux me convainquirent que nous

n'aurions jamais trouvé le principe de base de la catharsis si je n'avais pas pris cette initiative. La suite allait le confirmer.

Le secret des portes

Les professionnels de la santé qui m'ont lu jusqu'ici ont déjà compris l'extraordinaire avantage que représentent les portes. À ma connaissance, c'est la première fois qu'un thérapeute peut évaluer d'avance le cheminement à faire et savoir à tout moment où il est rendu dans ce cheminement. Après une semaine de travail avec E. trois portes ont été franchies et il en reste quatre avant d'entrevoir une fin éventuelle. Ne serait-ce pas fantastique si tous les clients avaient un tunnel comme celui de E. dans la tête? Eh bien oui! Vous l'avez deviné: je n'aurais jamais écrit ce livre si ce n'était pas le cas. Voici comment je l'ai découvert.

La catharsis de E. s'étant terminée de la belle façon que je dirai plus loin, je trouvai dommage de ne pas toujours

avoir un tunnel et des portes pour me guider. Je résolus d'adopter désormais le rythme de trois heures par jour, cinq jours par semaine, si je rencontrais encore des cas similaires à celui de E. Je n'eus pas longtemps à attendre. Une jeune fille, F., perturbée par un sévère vaginisme, en plus de nombreux autres problèmes, vint en consultation. Après une préparation adéquate, elle glisse rapidement en état hypnoïde* suffisant pour que je puisse commencer la séance. Sans autre préambule, je lui demande d'imaginer l'entrée d'un tunnel inconnu creusé à flanc de montagne. Elle le voit immédiatement, très nettement, et m'en décrit la forme. À mon invitation, elle entre dans le tunnel et me dit qu'il est grossièrement creusé dans le roc. Je lui fais préciser si ce tunnel est long; elle répond: «Je ne sais pas, c'est noir vers le

* *État hypnoïde, état modifié de conscience, état de méditation, relaxation passive, détente profonde etc., sont, à toute fin pratique, des synonymes signifiant: qui ressemble à l'hypnose sans en être vraiment; dans le sens généralement compris.*

fond.» Et alors, anxieux de dissimuler mes attentes sous un ton que je veux neutre, je l'invite à dire si elle voit quelque chose d'autre à signaler. Réponse immédiate: «Oui, IL Y A DES PORTES à gauche et à droite.»

Mon cœur bat la chamade: est-il possible que ce soit vrai? Puis ma logique l'emporte et je me convaincs qu'il s'agit tout simplement d'un phénomène de transmission de pensée. Je demande toutefois à F. d'ouvrir une porte... et elle entre immédiatement en régression en la franchissant, revivant une scène occultée dont l'authenticité sera facilement vérifiable peu de temps après. À propos de cet autre tunnel, l'hypothèse d'une possible transmission de pensée n'est évidemment pas à écarter; mais elle suppose alors que dans mes expériences postérieures, j'aurais chaque fois — des dizaines de fois — eu affaire uniquement à des sensitifs... ou que ma «force» mentale est telle que personne ne peut y résister! Restons sérieux. En vérité, tout thérapeute en ayant reçu les clefs peut donner ouverture sur le même

en ayant reçu les clefs, peut donner ouverture sur le même type de visualisation.

Pour moi le fait est établi: il y a un tunnel équipé de jalons (qui ne sont pas toujours des portes) inscrit dans le psychisme des gens qui ont enfoui quelque part dans leur Subconscient des faits occultés. Mais de le savoir et de pouvoir provoquer cette visualisation ne conduit pas nécessairement au succès, loin de là. Ne pas connaître la suite à donner et en ignorer les traquenards qui surgissent à chaque pas (et que j'ai mis près de quatre ans à répertorier), c'est aller vers des échecs thérapeutiques. J'insiste beaucoup sur ce point afin d'éviter aux mal portants, anxieux de résoudre leurs problèmes, de devenir des cobayes sacrifiés. Il suffit amplement que j'aie commis des erreurs de parcours, comme il en arrive toujours en recherche; et cela, en dépit du fait que la chance m'ait choyé en m'imposant en premier une E., rétive à souhait, immédiatement suivie d'une F., sujet d'expérience idéal à plus d'un titre.

Ce qui est fascinant avec ce tunnel, c'est qu'il peut livrer ses secrets de diverses façons. Cela signifie que les spé-

cialistes de plusieurs disciplines pourraient, **après un entraînement**, procéder à des catharsis de ce type sans chambarder leur technique de base. J'en reparlerai. Si j'y fais immédiatement allusion, c'est que j'aime bien annoncer les bonnes nouvelles dès que possible. Bonne nouvelle en effet, puisque cette catharsis se termine en trois à cinq semaines en moyenne. Certaines n'ont demandé que trois jours, d'autres — très complexes — ont exigé jusqu'à une trentaine de journées. C'est relativement très rapide, surtout comparé aux psychanalyses, et l'on évite les habituelles incertitudes au niveau des résultats. Voyez, par exemple, les pas de géant faits avec E. en une semaine seulement. C'est un avantage considérable pour les personnes qui ont à vivre avec leurs problèmes, et c'est une opportunité gratifiante pour les psychothérapeutes de pouvoir raccourcir sensiblement les détails. Ce sont en effet les délais (souvent) interminables

qui sont la principale faiblesse des psychothérapies... et qui poussent à la surconsommation des médicaments: quand on a mal, dans son âme ou dans son corps, on recherche un soulagement rapide et on se moque dans l'immédiat des éventuels effets secondaires qui sont pourtant le gros prix à payer quand on prend trop de médicaments. Dès lors, ne convient-il pas de se réjouir à la nouvelle qu'un tunnel mental existe, qu'il est jalonné et qu'il conduit aussi rapidement que possible là où E. va se diriger en franchissant les quatre portes qui sont encore debout?

Chapitre III

LE BOUT DU TUNNEL

Les historiens s'étonneront certainement de l'hérésie dans laquelle nous sommes tombés ces dernières décennies en ignorant l'esprit dans nos efforts pour guérir le corps. Dorénavant, trouver la santé, c'est se trouver.

Marilyn Ferguson

En attendant l'arrivée de E. pour entreprendre notre deuxième semaine de travail, je voudrais clarifier une apparente contradiction. Nous savons que ma cliente était frigide quand, cinq mois avant son actuelle catharsis, elle m'avait demandé d'intervenir pour lever son inhibition. C'était quelques jours avant qu'elle parte en voyage de retrouvailles.

Cependant, nous le savons également, cela n'avait été qu'un feu de paille et il me paraît indiqué de faire maintenant la distinction entre un déconditionnement et une catharsis. À l'époque, en quelques minutes, j'étais intervenu pour atténuer un symptôme (sa frigidité) par un moyen superficiel (la suggestion). C'est généralement ainsi que l'on procède dans un premier temps quand on manque d'information sur le problème d'ensemble et que l'on veut évaluer le cas par les réactions qui s'en suivront. Ce type d'intervention se compare à la prescription d'un tranquillisant qui atténue provisoirement les effets d'un stress, sans jamais résoudre le problème de base, c'est-à-dire sans savoir le «pourquoi» du symptôme.

Cette capacité de provoquer un changement de comportement en utilisant la suggestion, et le fréquent retour des mêmes symptômes ensuite, a souvent découragé les chercheurs au cours des années qui ont marqué les hauts et les bas de l'hypnologie. Mais nous savons aujourd'hui que des comportements irrationnels peuvent résulter de deux sources différentes, quand bien même les symptômes qui en découlent sembleraient identiques. Je fais allusion ici à ce qui distingue un «conditionnement» d'une «phobie». Et pour que mon discours soit clair, je vais une fois de plus me servir d'exemples.

Prenons le cas de quelqu'un qui a peur du tonnerre. Le

Prenons le cas de quelqu'un qui a peur du tonnerre. Le plus souvent, cette peur n'est rien d'autre qu'un réflexe conditionné négatif installé dans l'enfance par mimétisme: le jeune enfant qui voit sa mère paniquer, se signer ou se cacher sous un meuble pendant les orages adoptera probablement le même comportement irrationnel. Il aura été conditionné à la peur par l'exemple et, devenu adulte, il aura peut-être de la difficulté à se départir de ce réflexe. Il sera toutefois facile de lui enlever cette peur en faisant une contre-suggestion quand il se trouvera chez l'hypnologue puisque, dans un cas comme celui-là, il ne s'agirait que d'une pseudo-phobie.

Par contre, il peut arriver que cette peur soit une phobie caractérisée. Imaginons quelqu'un qui, s'étant toujours comporté normalement pendant un orage, voit la foudre le frôler et sectionner l'arbre sous lequel il s'était réfugié. Le choc physique est violent, le traumatisme émotif terrible. Il s'ensuit peut-être une perte de connaissance, une occultation immédiate qui refoule dans le seul Subconscient un souvenir que le Conscient ne peut supporter de connaître. Dans un cas semblable, toutes les tentatives de déconditionnement échoueront car il ne s'agit plus d'un réflexe conditionné issu d'une banale autosuggestion; il y a eu un incident, un fait vécu, dont le souvenir subconscient entraînera automatiquement une angoisse chaque fois que le ciel gron-

dera. Pour surmonter cette phobie il faudra faire remonter ce mauvais souvenir à la conscience; on devra donc procéder à une régression d'âge. Cet exemple nous ramène à la catharsis et à l'histoire de E.

En effet, à la lumière de ce que nous a appris son Subconscient par les trois premières portes, nous pouvons maintenant comprendre que la frigidité de E. ne pouvait être «guérie» par un simple déconditionnement. J'avais tout au plus obtenu une courte rémission. Rémission qui s'explique du fait que la suggestion allait dans le sens de la nature, en accord avec l'instinct sexuel toujours présent, bien qu'il soit

accord avec l'instinct sexuel toujours présent, bien qu'il soit mis en veilleuse par la phobie. Encore fallait-il qu'en plus de l'instinct, je puisse compter sur le profond désir de ma cliente de retrouver un comportement sensuel plus conforme aux attentes de son mari; l'indifférence de ce dernier avait d'ailleurs vite fait de la démotiver.

Je devais réfléchir à cela quand E. arriva à mon bureau ce lundi matin 13 mars 1978 puisque, d'emblée, nous parlâmes de cette fameuse nuit qui avait tant surpris et, sur le moment, ravi son mari. Elle me confia qu'elle avait alors surtout réagi aux caresses qui étaient similaires à celles reçues de son cousin et du chien. Elle ajouta que, depuis son mariage, c'était la seule activité sexuelle qui ne lui était pas déplaisante, même si cela ne la conduisait pas au plaisir; E. souligna que, pendant «sa» nuit sensuelle, elle s'était littéralement déchaînée, qu'elle avait eu plusieurs orgasmes et qu'elle avait réclamé encore et encore de recommencer.

Elle était souriante et détendue, son teint n'était plus le même et quelque chose de nouveau vivait dans ses yeux. Elle ajouta encore que, pendant cette nuit-là, c'était comme ce qu'elle avait ressenti vendredi dernier en régressant. Puis, d'un ton futé et enjoué elle annonça: «Je sais maintenant que je ne suis plus frigide et que le sperme ne me dégoûte plus. Mon mari est venu à la maison en fin de semaine et j'ai pu vérifier tout ça!» Mieux que je ne pourrais le faire, son journal raconte:

Journal de E.

Dimanche 12 mars: le chien, expérience très horrible à revivre. Me suis même demandé si ce n'était pas le fruit de mon imagination. Je voulais abandonner la thérapie après cette découverte car je ne pouvais expliquer cette sensation de douleur et de désarroi qui ne me quittait pas, même si je me disais logiquement que le fait était anodin en lui-même. Puis François est arrivé pour réparer le toit qui coulait. Je l'ai provoqué et excité; la phobie du sperme est effacée, j'ai fait l'amour de façon orale (à François), et ce qui m'a le plus surprise c'est que j'ai aimé ça. François ne sait plus quoi

penser à mon sujet et ça me remplit d'aise. Je lui avais dit que je changerais grâce à la thérapie mais il n'avait pas voulu me croire. J'ai décidé qu'à l'avenir, tant qu'il sera consentant, je me servirai *de lui pour assouvir mes besoins. Après, on verra... Je suis en pleine forme et je trouve cela agréable.*

Et, concernant toujours les régressions de la semaine dernière, je trouve plus loin, à la date du 26 mars:

...Gaétan (son frère) m'a tout confirmé l'incident de la baignoire. Il dit que mes parents ne nous ont pas vus, mais qu'il s'en est fallu de peu. Il se souvient également que j'ai passé un mois chez notre oncle de Sainte-... et que c'était au temps des foins...

La quatrième porte

Ainsi, l'authenticité d'une régression et la probabilité qu'une seconde soit également vraie seront confirmées le 26 mars à l'occasion d'une rencontre avec Gaétan. Mais nous ne sommes que le 13 du mois et nous l'ignorons encore. Cependant, ce qui vient de se passer en fin de semaine avec François tend à démontrer que les régressions de la semaine dernière ont eu un effet libératoire et, donc, qu'elles devaient concerner des faits réellement vécus. C'est d'autant plus probant que E. me confie encore que, François parti, elle a eu plusieurs fois recours à la masturbation avec pleine satisfaction à la clef! Elle a très bien dormi après ça. Serait-ce que son problème d'insomnie est lui aussi réglé? Quoi qu'il en soit, j'ai devant moi ce matin une femme qui jubile à la pensée qu'elle a «cocufié» la maîtresse de son mari, et qui est absolument ravie d'être débarrassée à la fois

de sa frigidité et de sa phobie du sperme. C'est donc avec beaucoup de confiance que nous allons explorer les portes qui sont encore debout.

Sitôt la quatrième porte franchie, E. me dit se trouver à la campagne où elle est en vacances chez son oncle. Avec d'autres enfants, elle participe à un jeu où, pour l'instant, elle sert de cible. Elle fait face à un mur, et les autres lancent une balle en essayant de l'atteindre. Elle n'aime pas ce jeu et

une balle en essayant de l'attendre. Elle n'aime pas ce jeu et redoute l'arrivée des projectiles qu'elle ne peut voir venir. Le temps passe, puis je vois la tête de E... accuser une secousse que je ne puis immédiatement identifier puisque, dans l'instant suivant, elle s'évanouit. Comme toujours dans ces cas-là, je reste coi pour ne pas interférer dans un événement revécu en ignorant quelles pourraient en être les conséquences.

Tout de même, cela fait plusieurs minutes qu'elle est dans cette situation et j'ai hâte qu'elle en sorte. Elle commence à gémir doucement et j'en profite pour lui demander ce qui se passe. Pas de réponse. Puis, un peu plus tard, elle dit qu'elle est «nulle part»; ce qui signifie qu'elle s'est une autre fois réfugiée dans une perte de connaissance pour échapper à une terreur dont elle efface ainsi le souvenir conscient. Je m'empresse de lui demander ce qui est arrivé. Elle raconte qu'elle n'aimait pas ce jeu, qu'elle avait très peur qu'une balle lui fasse mal... qu'elle en a reçu une à la tête, que son front a heurté le mur sous le choc et que c'était très douloureux. Elle ajoute qu'elle n'a plus d'images, que c'est noir et qu'elle voudrait revenir à la pleine conscience; ce qui veut dire: quitter la scène de l'incident et sortir du tunnel pour se retrouver dans mon bureau.

Je ne sais trop quelle intuition me pousse à éluder sa demande, et je lui suggère, mine de rien, de revenir devant la porte. Elle acquiesce sans enthousiasme et me dit qu'elle est entrouverte. Elle ouvre et entre à nouveau... mais ne voit toujours que du noir! Je commence à connaître ses réactions et soupçonne qu'elle cherche à échapper à la suite des événements. Je fais grâce aux lecteurs des marchandages et atermoiements qui vont suivre cet épisode et qui, plus d'une fois, nous feront encore perdre de longues minutes, et parfois des heures, dans l'avenir. En passant, je souligne que je verrai souvent ce comportement au cours d'autres catharsis, avant de trouver finalement un moyen de contourner cette difficulté.

difficulté.

Arrive enfin un moment où E., qui est toujours dans le noir, identifie une forte tension émotive. Elle sent en elle une panique indescriptible tandis qu'elle a l'impression physique d'être écrasée. Mais rien ne veut se préciser et cette situation s'éternise; un peu comme si un film cassait et restait fixé sur la même image. Rien de plus ne résultera de notre rencontre d'aujourd'hui; ce qui me déconcerte passablement puisque les succès de la semaine dernière et l'enthousiasme de ma cliente ce matin laissaient augurer un cheminement sans heurt. Je suis bien obligé de constater que je suis en apprentissage, que mes pronostics sont sujets à caution et que la sagesse commande une extrême circonspection.

Cela recommence le jour suivant. Quand elle ouvre la porte, elle ne voit pas d'images, mais ressent la même tension émotive et la même impression physique d'écrasement. Puis, soudainement, l'événement surgit du fond de sa mémoire occultée: elle jouait à la cachette et s'était glissée dans l'étroite ruelle formée par deux hangars très voisins. Dans cette position, elle avait réussi vaille que vaille à dresser une planche à la verticale, de façon à ne pas être vue. Mais en faisant ce mouvement elle s'était coincée entre les deux murailles et se trouvait totalement paralysée.

Sourcils froncés et mâchoire tremblante, elle montrait tous les signes d'une grande panique. Elle tentait de crier, mais n'émettait que de faibles gémissements. Sa respiration devenait saccadée tandis qu'elle tendait les muscles dans un suprême effort pour se libérer. Puis, d'un seul coup, elle s'évanouit. Peu après, souriante et détendue, elle me donnait la clef de toute l'affaire: en s'évanouissant, sa tension

musculaire s'était relâchée; elle avait ensuite perçu des voix qui semblaient très lointaines; elle avait enfin senti, comme dans un rêve, qu'on la déplaçait, puis qu'on la couchait sur le sol. C'est dans cette position que son oncle lui tapotait les joues. C'est lui qui l'avait tirée de sa mauvaise posture après

avoir été alerté par les autres enfants.

Cet événement revécu, qui avait épuisé plus de deux heures de notre tête-à-tête, venait confirmer combien E. avait de la facilité à s'évader de situations émotivement fortes. Une fois de plus, j'étais frappé par le contraste entre la dramatisation de la régression et la sérénité qui y fait immédiatement suite quand l'événement a été complètement remémoré. Pour sa part, E. s'étonnait encore de se souvenir des sons et des sensations physiques perçues pendant qu'elle était évanouie. Ce qui me donna l'occasion de lui affirmer que ce phénomène est bien connu puisque plusieurs corps de police utilisent parfois cette technique pour permettre à des témoins de retrouver des détails négligés par leur Conscient.

À ce propos, il faut rappeler que le Subconscient est toujours en éveil et qu'il enregistre ce que nos sens perçoivent pendant que nous dormons, que nous avons perdu connaissance, que nous sommes sous anesthésie ou, plus simplement, que nous sommes distraits. Ce merveilleux système d'enregistrement semble nanti d'un «sélecteur» qui, généralement mais pas toujours, trie les informations reçues afin de nous éviter d'inutiles traumatismes ou, plus prosaïquement, de nous permettre de dormir en paix. Chacun connaît l'exemple de la nouvelle accouchée qui peut dormir à poings fermés dans un environnement bruyant mais qui s'éveille immédiatement si le rythme respiratoire de son nouveau-né change. Ou, encore, le cas des gens qui habitent près d'une gare de chemin de fer et qui finissent par ne plus entendre les locomotives au travail.

Le docteur David Cheek, gynécologue à l'hôpital pour enfants de San Francisco (12-Re164), voudrait que toutes les salles d'opération aient des pancartes: «Chut! Le malade

peut vous entendre.» Il est d'accord pour dire que les malades sous anesthésie profonde semblent n'entendre que les réflexions importantes, et remarquer uniquement les silences lourds de menaces. Il est rare qu'un opéré se rappelle,

sous hypnose, des échanges de phrases banales, mais il peut répéter, mot pour mot, des phrases du genre: «Bon Dieu! Ce n'est peut-être pas du tout un kyste, mais un cancer...» Quelques médecins en sont à se demander, conclut l'auteur cité, si certains décès ne seraient pas dus à ce que l'opéré a entendu quand il était censé ne rien entendre.

J'ai, pour ma part, le souvenir d'un cas qui illustre bien ce qui précède. Dix ans après avoir subi une hystérectomie, une cliente apprenait dans mon bureau pourquoi elle détestait un certain chirurgien. En régression, elle avait entendu ce dernier suggérer qu'on lui enlève les deux ovaires, tandis qu'un autre plaidait pour qu'on lui conserve celui de gauche qui était parfaitement sain. De cet échange verbal la concernant (alors qu'elle était sous anesthésie) elle retenait surtout l'insouciance du premier artiste du scalpel et la conscience professionnelle du second, celui qui avait finalement réussi à lui sauver son ovaire.

Ainsi, nous n'aurons plus à nous étonner quand E. retrouvera encore des détails comme ceux qu'elle vient de me fournir. Je puis immédiatement dire que l'avenir nous confirmera que cet incident de jeu était à l'orgine de sa phobie des espaces restreints. Depuis cette régression livrée par la quatrième porte, E. n'a jamais plus hésité à se glisser entre deux voitures stationnées ou à s'aventurer dans une ruelle étroite.

Journal de E.

14 mars: jeu à la balle et coup reçu sur le derrière de la tête. Évanouissement et forte douleur. J'ai voulu ressortir, étant sûre que c'était terminé et, une fois de plus, mon Subconscient m'a démontré que je ne suis pas maître de la situation quand le processus de régression est engagé. J'ai donc dû continuer. J'ai été coincée entre deux hangars et je suis devenue aphone pour un court laps de temps. C'était terrifiant mais moins pénible que la scène de la charrette.

La cinquième porte

E. est très souriante au matin de notre huitième journée de travail. Elle tient à s'excuser pour avoir, comme elle dit, «niaisé» pendant deux jours, alors qu'elle trouve aujourd'hui que ce n'était pas «si terrible que ça». Son commentaire indique combien une régression est libératoire puisque l'événement vécu est immédiatement dédramatisé et que le Conscient banalise ce qui avait été inconsciemment terrifiant pendant plusieurs années.

Les images mentales sont présentes dès que le seuil de cette nouvelle porte est franchi. Elle a encore treize ans, c'est un dimanche après-midi ensoleillé et elle se promène en compagnie de son frère et d'un ami de ce dernier. La promenade me paraît bien longue puisque rien de particulier ne semble se passer. Elle décrit le boulevard et les maisons riveraines, ainsi que les propos échangés par les garçons. Elle suit en silence alors qu'ils se dirigent vers je ne sais quelle destination. Ils sont à Ville Lasalle, banlieue sud-ouest de Montréal, et ils résident dans la municipalité voisine de Lachine.

À un certain moment l'image change brusquement. E. se sent les jambes molles, elle a très chaud. Un long silence s'installe et elle ne donne plus suite à mes questions. Quand elle se décide enfin à me parler, ses propos sont plutôt incohérents. Je crois comprendre qu'elle est sur la rampe d'un pont, qu'elle est assise et que ses jambes sont paralysées. C'est une séquence très longue où les mêmes images s'imposent de façon répétitive, en alternance avec des «noirs» où rien ne se passe. Puis elle me dit qu'un agent de police est penché vers elle, qu'il l'assure que tout va bien aller et qu'elle doit rentrer chez ses parents. Tout cela est imprécis. Je tente à plusieurs reprises d'obtenir d'autres détails, mais plus j'insiste et plus elle se renfrogne. Elle est comme

absente. C'est la première fois qu'elle réagit ainsi et je suis

perplexe. Nous perdons du temps, mais que faire? En désespoir de cause, je la ramène à la pleine conscience pour que nous en parlions. Elle me dit alors qu'elle ne sait pas ce qui se passe, que les images étaient parfaitement claires pendant qu'elle déambulait sur le boulevard mais que, par la suite, elle ne parvient plus à identifier que son malaise, son incapacité à marcher et, vaguement, les propos du policier. Elle est prostrée et désorientée. Je décide alors de lui faire prendre un repos de plusieurs minutes et elle s'endort.

Quand elle se réveille, nous n'avons pas épuisé les trois heures prévues pour la consultation. Elle est incapable d'en faire plus. J'évalue qu'il ne serait en effet pas sage d'insister davantage. Je ne la libérerai cependant qu'après m'être assuré qu'elle a repris tous ses sens et qu'elle pourra conduire sa voiture sans problème.

Journal de E.

15 mars: promenade sur le boulevard Lasalle avec Gaétan et Michel. Sur le pont, paralysie des jambes. Puis disparition des symptômes après entretien avec le policier. Je n'ai pas voulu aller plus loin parce que j'avais l'impression qu'il y avait beaucoup d'autres choses à découvrir et je ne me sentais pas capable de les affronter. J'ai donc demandé à Albert d'aller y voir un autre jour et, à ma grande surprise, il a accepté de me laisser dormir en paix.

Je suis très ambivalente face à lui. Quand il m'envoie de nouveau dans le tunnel ou derrière la porte, ça m'enrage et je lui en veux; mais par la suite, je ne peux pas rester fâchée car je sais que je suis la première bénéficiaire de cette décision. Mais il y a des moments où je voudrais carrément l'engueuler. Comment engueule-t-on un ami? Je dois aussi faire très attention pour ne pas le tutoyer et ça m'ennuie. Comme je tutoie mes amis, je serais portée à faire la même chose avec lui puisque c'est un ami. Il y a des fois où je crois que je me complique la vie avec des riens. Mais on ne peut pas changer si facilement du jour au lendemain. Quand je serai réellement «MOI» je pourrai probablement dire plus facilement ce qui me préoccupe, du moins je l'espère. J'ai bien hâte de voir quel genre de nuit je vais passer...

La cinquième porte (suite)

Aucun doute possible, elle a passé une mauvaise nuit. Teint gris, traits tirés, voix éteinte: le tableau est complet. Et elle se demande tout haut ce qu'elle fait dans mon bureau alors que c'est la dernière chose dont elle a envie. Ça commence bien une journée!

La mise en route est laborieuse mais je passe sur les détails pour venir à l'essentiel. Dès qu'elle franchit la porte, elle dit se sentir mal à l'aise et angoissée avant même de savoir où elle est. L'image finit par s'imposer: elle se trouve devant un pont. Elle est seule, ignorant où sont les garçons et, debout face au pont, elle tremble de tous ses membres. Elle me dit qu'il faudrait qu'elle traverse mais elle s'y refuse.

— «Pourquoi hésitez-vous, que se passe-t-il?
— J'ai peur. (Un long silence suit.)
— De quoi avez-vous peur?
— Sais pas, j'ai peur.
— Est-ce le même pont qu'hier?
— ...
— Connaissez-vous ce pont?
— Oui, il est sur le canal Lachine.
— Pourquoi vous faut-il le traverser?
— Je dois rentrer à la maison.
— Quel âge avez-vous?
— Treize ans.»

De questions en réponses, le tableau se précise. Elle se trouve devant un petit pont métallique. Les trottoirs (des passerelles) sont en porte-à-faux à l'extérieur de la structure principale; ils sont faits de planches posées sur des traverses métalliques alors que la chaussée est asphaltée. Entre le trottoir et le garde-fou il y a un léger espace vide, et c'est ce vide qu'elle dit redouter. Dans le passé, elle a souvent traversé ce pont en marchant sur les planches, elle n'avait pas peur. Mais aujourd'hui c'est pour elle une perspective terrifiante. Pourquoi? Elle est incapable de l'expliquer, mais elle refuse obstinément de s'engager. Je suggère qu'elle pourrait peut-

être emprunter la chaussée. De la tête, elle fait signe que non. Rien à faire? Elle finit par dire qu'elle va attendre que son frère arrive; elle traversera en sa compagnie!

Puisqu'elle vient de parler de son frère, je lui demande si nous sommes toujours dans l'après-midi du dimanche. Oui. Mais elle ignore où sont Gaétan et son ami et, en fait, elle n'est pas certaine qu'elle les verra arriver: ils ont peut-être déjà traversé. En désespoir de cause, pour que nous sortions de cette situation un peu ridicule, je lui annonce que je vais demander à son Subconscient d'accélérer le temps et qu'elle se trouvera alors de l'autre côté du canal. Elle fait signe que oui et, immédiatement, elle dit qu'elle est sur l'autre rive. Il s'est passé quelque chose sur le pont puisque maintenant sa robe est déchirée et qu'elle a les genoux et les mains sales. Elle pleure.

À plusieurs reprises, je la ramène devant le pont pour qu'elle «vive» l'incident de la traversée. Mais il n'y a rien à faire. Quand elle s'y retrouve sa robe est intacte; la même scène de refus et d'angoisse se reproduit. De guerre lasse, je lui donne à choisir entre continuer — et se décider à traverser le pont — ou abandonner la partie pour aujourd'hui. Elle choisit de rentrer chez elle.

Un mot d'explication

À ce moment du récit, il peut sembler puéril de s'attarder à décrire une scène somme toute assez banale. Mon intention, en le faisant, est moins de montrer mes difficultés d'apprentissage que de souligner l'intensité des débats intérieurs auxquels fait face ma cliente. J'ai appris là combien il faut se méfier des conclusions hâtives. En effet, il ne faisait aucun doute pour moi que E. avait tout bêtement fait une chute en glissant sur le trottoir (sa robe déchirée), qu'il n'y avait pas de quoi en faire un drame et qu'elle exagérait probablement (névrotiquement?) son «senti» du moment. Pour tout dire, elle commençait à m'énerver et j'étais, moi aussi, soulagé de mettre fin à cette rencontre.

Ce n'est que plusieurs mois plus tard que je comprendrai enfin la signification profonde de cet incident. Je comprendrai également que j'ai fait une faute à cette cinquième porte; le lecteur, maintenant averti, pourra à loisir essayer de la déceler. Avant de clore cet aparté, un dernier mot à propos des mécanismes du Subconscient: j'ai acquis la conviction, au cours des ans, qu'il n'y avait aucun risque à faire revivre leur passé aux patients puisque le Subconscient ne «livre la marchandise» que lorsque l'individu concerné est capable d'en absorber le choc. C'est pourquoi j'ai finalement appris à respecter les atermoiements: il suffisait d'en comprendre la signification. Mais je n'en étais pas encore là au moment où nous reprenons le fil de l'histoire.

Journal de E.

16 mars: une fois de plus j'ai niaisé, je n'ai pas pu débloquer complètement. La sensation de vide que je ressens est tellement forte et insécurisante que je ne peux me laisser aller. J'ai PEUR et mal en même temps. C'est pratiquement impossible à exprimer. Lorsque j'ai eu le choix de continuer ou de cesser, je n'ai pu faire autrement que d'arrêter. J'avais l'impression que j'allais éclater et je ne pouvais plus le supporter. Il faut dire que la nuit précédente n'avait pas été très bonne. Je me suis éveillée aux deux heures et je me suis levée. Je ne me souviens pas d'avoir rêvé. J'ai probablement tout bloqué de peur de régresser toute seule. Je me trouve bien imbécile quand je réagis ainsi. Ce serait si simple si je n'essayais pas de tout analyser!

Ce matin je me suis engueulée avec François parce que son horaire était trop chargé pour lui permettre de venir réparer la fuite du toit qui coule encore. J'ai dû l'appeler chez sa maîtresse et ça m'a mise en rogne. Il semble penser que le fait de me faire parvenir un chèque le débarrasse de toute responsabilité concernant la maison. Je commence à avoir mon voyage de son attitude enfantine. Ça m'enrage également de perdre le contrôle de mes émotions face à lui. Ça m'a blessée (dans mon orgueil?) de le trouver chez sa maîtresse et c'est probablement pour cela que j'ai gueulé. Quand je repense à tout cela, il n'y avait vraiment pas de quoi en faire un drame. Je croyais qu'avec la thérapie je pourrais être plus maître de mes émotions; mais je me rends compte que ce n'est pas le cas

présentement. Cependant, je ne crois pas que la thérapie me transforme en «doux agneau» et, de toute façon, je ne le voudrais pas. J'ai hâte à demain et en même temps j'ai la frousse. Je ne sais pas ce que je vais trouver et ça me rend très insécure. J'essaie de ne pas trop y penser afin d'être en forme demain. René se réveille toujours deux fois par nuit mais je n'y vais pas. S'il fait comme sa mère, je crois que ça peut être long...

Sur ce, je m'arrête si je veux avoir assez de sommeil pour être en pleine forme demain matin.

La cinquième porte (fin)

Au départ, ce n'est guère plus brillant que la veille. Nous sommes vendredi, c'est Pâques dans deux jours; le bilan de la semaine est plutôt mince et voilà que E. m'annonce qu'elle a bien plus envie de dormir que de travailler. J'ai, pendant un moment, l'intention de tout bonnement la renvoyer chez elle (Dieu qu'elle m'énerve!), mais la conscience professionnelle l'emporte sur l'humeur du thérapeute.

Pendant près de deux heures nous n'avançons pas. La situation est toujours la même à l'entrée du pont. Puis:

«Il y a un monsieur qui arrive. Je crois que je vais attendre qu'il soit près de moi et je vais traverser juste devant lui; ainsi je ne serai pas toute seule et j'aurai moins peur s'il passe un camion...

— C'est à cause des camions que tu avais peur?»

Je viens de la tutoyer! Elle fait tellement pitié et elle n'a que treize ans. C'est vraiment improvisé dans le feu de l'action.

«Oui. Quand il en passe un, le pont tremble.
— Pourquoi ne pas l'avoir dit avant?
— .....
— Et maintenant, que se passe-t-il?
— Le monsieur arrive, je vais aller sur le pont.»

Mon soulagement est de courte durée, elle vient de figer à nouveau. Il se passe qu'elle fait quelques pas sur le

trottoir pendant que l'homme approche. Il marche plus vite qu'elle, il est sur le point de la dépasser et... tout s'arrête: c'est noir. Je lui fais reprendre la scène plusieurs fois et, toujours, elle bloque au moment où l'homme arrive à sa hauteur.

E., dans le fauteuil, les yeux toujours clos, semble décidée à n'en pas voir plus. Je prends une décision: je lui fais de nouveau recommencer la traversée du pont et, tout en parlant, je m'approche d'elle subrepticement. Et, au moment où l'homme arrive à sa hauteur, je donne de la main une forte poussée sur l'épaule gauche de E. Quel saut! et quel cri! Puis c'est l'effondrement et d'abondantes larmes. Elle se calmera peu à peu et, d'une voix toute menue, elle m'annoncera enfin qu'elle est de l'autre côté.

Voici ce qu'elle a revécu. En la dépassant, l'homme l'a effectivement bousculée, et elle est tombée de telle sorte qu'elle avait le visage au-dessus de l'eau, dans l'espace libre entre le trottoir et le garde-fou. C'est alors qu'elle a paniqué. Le passant l'a aidée à se relever et l'a escortée jusque sur l'autre rive. Il reste près d'elle en attendant qu'elle se calme. Sa robe déchirée et salie la préoccupe. Elle ne veut pas rentrer chez ses parents dans cet état, et elle va faire réparer les dégâts chez une tante qui habite à proximité. Ce n'était que cela?

E. est soulagée. Elle s'étonne d'avoir tant résisté pour un incident aussi peu important. Elle ne comprend pas pourquoi elle a réagi de la sorte. Moi non plus. Quoi qu'il en soit, elle se sent très bien maintenant. Et elle ajoute qu'elle est contente que je l'aie tutoyée. Elle me demande qu'il en soit ainsi désormais, ce sera moins «protocolaire» et elle se sentira plus à l'aise.

Quelle transformation! E. est intarissable; elle bavarde comme une pie et commente en riant ses frayeurs des derniers jours. Elle sent, dit-elle, une transformation en elle, sans pouvoir en préciser la nature. Elle rayonne et j'en suis

perplexe car, enfin, il ne m'apparaît pas que nous ayons déterré de bien gros fantômes...

Le temps prévu pour la consultation est dépassé, mais je n'en fais pas mention. Je n'ai pas le goût d'arrêter son juvénile bavardage que j'écoute maintenant d'une oreille distraite: j'essaie encore de comprendre par quels méandres du Subconscient nous sommes arrivés à ce qu'elle se sente aussi dégagée. Trois jours vont passer avant que nous puissions continuer la catharsis et je voudrais déjà y être pour connaître la suite. Peu après, réalisant l'heure qu'il est, ma patiente tempère son euphorie, s'excuse, dit son envie d'aller penser à tout ça... et me saute au cou en me souhaitant de joyeuses Pâques!

Journal de E.

Le 17 mars: je ne me sentais pas du tout en forme pour la thérapie ce matin. Je n'avais qu'une idée en tête: DORMIR. C'était vraiment idiot d'avoir si peur de traverser le pont car l'incident en lui-même était banal. Je me demande bien pourquoi j'ai causé tout ce trouble. Heureusement qu'Albert m'a forcée à revivre la situation car présentement je serais très mal dans ma peau.

Après avoir écrit ce qui précède, je me suis offert une séance de sommeil (une sieste) qui m'a donné la surprise de ma vie: JE ME SENS MERVEILLEUSEMENT BIEN ET EN FORME. C'est tellement agréable que j'ai peur de croire que ça m'arrive réellement. J'étais tellement contente que j'ai appelé Albert pour lui faire part de cette merveilleuse sensation de bien-être. JE SUIS HEUREUSE!!! HEUREUSE!!! J'espère que ça va continuer ainsi toute la fin de semaine car je sais que mardi je dois me lancer à fond et accepter ce qui va se passer. Aussi vais-je profiter à plein de ces moments de détente et de bien-être qui s'offrent à moi.

Le 18 mars: papa est venu chercher son mobilier aujourd'hui. Tout s'est bien passé et je suis bien heureuse d'être enfin débarrassée de tout ce qui pouvait me rappeler sa présence. Je lui ai dit que j'allais mardi pour faire la demande de divorce: il m'a seulement demandé si François allait me donner une pension alimentaire pour René. Il ne m'a même pas demandé comment je me sentais et si j'étais affectée par une telle décision. Je crois que même si j'es-

saie de le mettre à sa place dans ma vie, je rechercherai toujours un peu cette affection qu'il m'a refusée. Peut-être est-ce parce que je n'ai pas complètement débloqué de ce côté? Je voudrais bien connaître toutes les réponses à toutes les questions qui me trottent dans la tête. De toute façon, sa réaction ne fut qu'un incident et ça ne m'a pas empêchée de continuer à être dangereusement en forme et heureuse. Je suis tellement bien que je voudrais le crier sur les toits. Si ça pouvait durer toujours ce serait tout simplement merveilleux. Ce soir je suis heureuse d'avoir entrepris cette thérapie. Espérons qu'il en sera de même mardi...

Le 19 mars (Pâques 1978): j'ai rencontré Ginette qui m'a fait remarquer que j'avais vraiment l'air d'être en pleine forme. Elle semblait toute surprise. Ça m'a fait chaud au cœur. Je continue à bien me sentir et j'en profite au maximum. Je suis très ambivalente face à mardi matin. Je me sens tellement bien que je me demande si je devrais continuer la thérapie. Par contre, je sais pertinemment que si je ne règle pas tous les problèmes maintenant, je devrai y faire face plus tard. Qu'est-ce qui me dit que cette histoire de pont n'est pas le fruit de mon imagination? Comment être sûre de dissocier l'irréel du réel? Je ne sais vraiment pas que faire. D'un côté, je veux continuer et de l'autre, je veux rester dans ce bien-être... Je suis partagée entre ma logique et mes sentiments. Heureusement, il me reste encore une journée pour prendre ma décision.

Le 20 mars: la journée s'est bien passée. Je me suis sentie en forme et une fois de plus ***heureuse****. J'ai continué à penser au pont et à la thérapie mais sans trop me déranger. Ce soir, à 18h34 c'est l'arrivée du printemps. La météo prévoit une tempête de neige!! Il est 3h45 du matin et je cherche en vain le sommeil. J'ai beau essayer de ne pas penser à demain, c'est impossible. Ça me trotte dans la tête et je ne sais que faire. J'espère que je vais au moins pouvoir attraper quelques heures de sommeil avant le lever du jour.*

La sixième porte

Le mardi 21 mars. E. me déclare qu'elle est d'attaque pour affronter les deux dernières portes; elle est résolue à ne plus perdre bêtement du temps: elle a compris qu'il n'y a pas de quoi s'affoler... Voyons cela.

La sixième porte réservait une surprise: elle est métallique et ronde, comme la porte d'une chambre forte; quand elle s'ouvre, on la voit très épaisse. Il va s'y passer une scène étrange, hors contexte pourrais-je dire, qui mettra en évidence des cogitations au lieu des faits.

E. voit une table. Derrière celle-ci, son père est assis au centre, sa mère à droite et sa tante à gauche. Elle me dit qu'elle a l'impression d'être devant un tribunal. De fait, elle va entendre son père l'accuser d'avoir commis diverses bêtises. Elle a quatre ans; elle le sent dans son corps et elle porte des vêtements du temps. Puis elle a douze ans, elle est nettement plus grande. Oups, elle vient de rapetisser, elle a six ans... et ainsi de suite, selon la nature des reproches qui lui sont faits et l'époque qui les concerne.

La voix de ma cliente se module pendant qu'elle décrit ce qui se passe, ainsi que le rythme de son débit. C'est fascinant «d'entendre» E. changer d'âge et d'en voir les effets aux mimiques expressives. Elle est parfois contrite, d'autres fois humiliée ou blessée. Il arrive que des larmes coulent et qu'elle renifle, ou qu'elle rejette la tête en un geste de défi. Bref, j'assiste à un jeu de physionomies tellement captivant que j'en oublie le monologue qui l'accompagne.

De cette scène, E. retiendra surtout les moments où son père, à plusieurs reprises, la traitera de putain! Pour le reste des reproches ou accusations, il s'agissait de rappels reliés à des faits probablement vécus. Nous convenons qu'elle vient de vivre une sorte de rêve conscient, comme si elle se débarrassait ainsi d'un lot d'affects qui ne méritaient peut-être pas les ampleurs d'une régression détaillée! Par la suite, je serai porté à croire que la scène du tribunal était née du désir de E. d'accélérer le tempo de sa catharsis.

La septième porte

Mardi toujours. Nous avons le temps d'aller vers la dernière porte. Elle est plus large et plus haute que les autres; elle est très belle, en bois d'ébène, et décorée d'une face de

lion sculptée en relief. Décidément, tout concourt à épuiser mes capacités d'étonnement!

C'est l'eau qui est à l'honneur. E. va revivre des scènes où elle s'est sentie en péril de diverses façons: elle plonge dans un lac et se trouve prisonnière de roseaux; à deux occasions quelqu'un lui tombe dessus pendant qu'elle nage, etc. Si bien qu'elle identifie ainsi les origines de sa phobie de l'eau. Tous ces incidents, notons-le en passant, avaient été occultés: nous voici donc revenus à plus d'orthodoxie après la parenthèse fantaisiste de la sixième porte.

Journal de E.

Le 21 mars: à ma grande surprise, j'ai régressé sans que cela soit la cause d'une souffrance. Une fois de plus, je me sens détendue et très heureuse. Il y a cependant un point noir au décor: mon rendez-vous à l'aide juridique a été remis au 4 avril à cause d'une grève. Ça m'ennuie beaucoup d'avoir à retarder les procédures concernant le divorce. Il me semble que je ne serai complètement libérée qu'au moment où tout sera finalisé. C'est idiot, mais j'aime encore François, et bien que je sache que la décision prise est la meilleure, je ne peux m'empêcher de penser à la vie agréable et heureuse que nous aurions pu avoir s'il avait seulement voulu essayer. Espérons qu'en recevant les papiers j'accepterai finalement que tout soit terminé entre nous.

Le mercredi matin, E. voit que la belle porte en ébène est entrouverte. «Mais à peine» précise-t-elle. La scène se passe alors qu'elle avait environ trois ans. En compagnie de son grand-père, elle se dirige vers un parc municipal où elle distingue des balançoires et des agrès colorés. Après un certain temps, elle joue dans un carré de sable avec un seau et une pelle jaune. De longues minutes passent, l'enfant est absorbée par ce qu'elle fait. Faut-il vraiment attendre qu'elle régresse minutieusement tous les instants de son jeu? Je tente, comme je l'avais fait pour la traversée du pont, d'accélérer le temps, mais ça ne fonctionne pas. Si j'insiste, l'image devient fixe! Si je lui demande de me décrire l'environnement, elle dit ne voir rien d'autre que le sable et ses

jouets. Et quand je demande où est son grand-père, un haussement d'épaules me signifie son agacement d'être dérangée dans ses occupations!

Puis, enfin, elle m'annonce qu'un garçon vient d'arriver dans le carré de sable. Elle le voit de dos, il porte un costume de marin bleu avec un pantalon court; il joue avec un camion bleu et rouge. Ces détails sont très nets, mais il se passe quelque chose d'étrange: quand je lui demande de me dire la couleur des cheveux du garçon, elle dit qu'il n'a pas de tête! «Voyons donc, un garçon sans tête ça n'existe pas!» Aucune réponse! Mais je vois qu'elle réfléchit. Un autre haussement d'épaules m'indique ensuite qu'elle se désintéresse du problème. «Il n'y a que les adultes pour se préoccuper d'un détail aussi insignifiant», semble-t-elle penser avant de s'absorber à nouveau dans la confection de ses pâtés de sable.

Nous voici de nouveau dans une impasse. Pour essayer d'en sortir, je ramène E. à notre époque pour qu'elle m'explique ce qu'elle vient de revivre. Elle me dit tout bonnement que les choses sont ainsi, que le garçon n'a pas de tête, mais que c'est sans importance pour l'enfant qu'elle est alors. Naturellement, elle convient qu'il y a là quelque chose à élucider, mais ne semble pas s'en préoccuper outre mesure. «Je suppose que quand ce sera fini on verra que c'est encore une de mes niaiseries», finit-elle par conclure. Sur ce, je l'expédie à nouveau dans le passé, et tout reprend exactement là où nous avions arrêté. Tout de même, il se produit un petit changement: le garçon est maintenant de profil, et elle voit qu'il est blond. Mais il n'a pas de visage. Nous n'en saurons pas plus à l'issue des trois heures coutumières.

Le lendemain, jeudi, E. semble amusée par la situation. Elle me fait remarquer que plus on avance et plus je semble nerveux, alors que pour elle c'est le contraire. Encore un peu et, ma foi, elle me prendrait en pitié! En fait, je crains que son attitude détachée soit l'indice qu'elle s'ins-

talle confortablement dans le cheminement thérapeutique et

qu'elle en allonge la durée à plaisir. Je ne dois pas laisser se développer une dépendance qui, à mes yeux, signerait l'échec de notre entreprise. Il faut donc que je trouve le moyen de la faire avancer dans sa démarche en l'amenant à y consentir. Je décide d'investir du temps dans un discours qui, je l'espère, produira les effets escomptés. Puis on retourne dans le tunnel.

La septième porte (suite)

Nous l'appelons maintenant la «porte du lion». Elle est à peine plus entrouverte que la veille, il nous reste donc un bon bout de chemin à faire! E. est encore dans le carré de sable, le garçon n'a toujours pas de visage, même s'il a retrouvé une tête, et les deux enfants, sans jamais se parler, s'absorbent dans leur jeu, chacun dans son coin. Je suppose que le grand-père est à proximité, mais E. n'en fait pas mention. Je m'imposerai pas au lecteur de subir de longues minutes d'attente que je n'ai pas le loisir d'écourter au moment où ma cliente est dans son événement revécu. Voici donc en raccourci le récit de l'affaire:

Lassée de jouer dans le sable, E. décide de passer à une autre activité. Elle va vers une échelle métallique horizontale supportée par des poteaux qui la maintiennent à une certaine hauteur du sol. Placés aux extrémités, des barreaux permettent d'y monter ou d'en descendre. Elle me signale que son grand-père est assis sur un banc, non loin de là, et qu'il la suit des yeux. La fillette est maintenant suspendue par les mains et avance le long de l'échelle horizontale; elle m'annonce qu'elle entend le garçon derrière elle. Plus rapide, il l'a presque rejointe quand elle arrive à l'autre bout. C'est à ce moment que le drame éclate: elle fait un changement de main pour se placer correctement afin de

descendre, et se trouve face à face avec lui. Instantanement, elle est horrifiée, pousse un cri strident... et s'évanouit (une fois de plus!).

Journal de E.

Le 23 mars: j'ai retracé l'événement qui, je crois, est à l'origine de tous mes maux et qui serait probablement l'accident auquel les tireuses de cartes se référaient (!!!). L'incident s'est passé au parc Lasalle. Je jouais dans le carré de sable, et j'avais entre trois ans et trois ans et demi. Il y avait un garçon qui jouait avec moi, mais je ne pouvais pas voir son visage. Ensuite, je suis allée sur l'échelle horizontale et le petit garçon me suivait. Quand je suis arrivée de l'autre côté, je m'apprêtais à descendre. À ce moment j'ai vu son visage. Il avait tout le côté gauche de la figure brûlé. À la place de l'œil, c'était blanc et il lui manquait des dents de ce côté. Son nez était pratiquement effacé. C'était horrible à regarder et pendant qu'il descendait, sa joue a effleuré ma main droite. J'ai lâché prise et je suis tombée. Je crois avoir perdu connaissance. Je me suis ensuite retrouvée en pleurant dans les bras de mon grand-père.

Commentaire

C'est en lisant son journal que j'ai appris que E. consultait des voyantes. J'ai ajouté les trois points d'exclamation pour marquer ma surprise, quand j'ai vu qu'elle croyait que l'incident du petit garçon était à l'origine de tous ses maux. Il est vrai qu'elle écrivait cela le soir même de sa régression, et qu'elle faisait référence à des voyances (combien?) mettant son mal de vivre sur le compte d'un ancien accident. Il est vrai, je m'en souviens à l'instant où je rédige ceci, que j'avais présenté E. à une de mes amies, avec qui je faisais une recherche à la même époque. Or, cette amie — qui est une dame extraordinaire de simplicité et de générosité — est douée de perceptions extra-sensorielles étonnantes. Mon travail avec elle consistait à vérifier, aussi objectivement que possible, l'étendue et la pertinence de ses dons et, dans ce cadre, je lui avais demandé si elle «recevait» quelque chose en présence de E.

Elle nous avait immédiatement dit que oui, qu'elle la voyait, très jeune, portée dans les bras d'un vieillard et qu'elle semblait blessée ou évanouie. Mais je me souviens également que Catherine (prénom d'emprunt) n'avait fait

aucun commentaire, si ce n'est d'insister pour que l'on ne prenne pas ce qu'elle venait de dire comme argent comptant. Ajouterais-je que Catherine n'est pas une voyante professionnelle, qu'elle est bien plus embarrassée par ses «dons» que ravie de les posséder, et qu'elle était précisément venue me consulter pour savoir si ce qu'il lui arrivait parfois était «normal», ou si cela relevait d'un désordre psychique?

Pour ne pas errer, je viens de rejoindre E. par téléphone. Elle me confirme qu'elle avait consulté deux tireuses de cartes savant de me connaître et que, dans les deux cas, on lui avait parlé d'un accident dans son enfance. Elle était surprise d'avoir pu écrire dans son journal qu'elle attribuait tous ses maux à l'incident du parc Lasalle et, bien entendu, elle n'a plus du tout la même vision des choses aujourd'hui.

La sortie du tunnel

Au matin de notre quatorzième journée de travail, je me demande à quoi m'attendre. Nous travaillons sur la «porte du lion» depuis mardi en fin de séance et, hier, j'ai oublié de demander à E. d'aller voir comment était la porte après la régression du parc Lasalle. Est-ce fini? Et, dans cette hypothèse, qu'arrivera-t-il ensuite? Je présume que tout cela devrait conduire ma cliente en dehors du tunnel. Mais, l'on s'en souviendra, il n'y a pas d'issue à l'autre bout. Est-ce que ce bout est proche ou éloigné de la dernière porte? Ni E. ni moi n'en avons la moindre idée. Que devrai-je faire ou suggérer quand la «porte du lion» aura livré tous ses messages?

Il faut que j'arrête ces cogitations car un doute terrible s'insinue dans ma pensée: et si tout cela n'était qu'une immense illusion? Après tout, cette histoire de tunnel et de portes n'a jamais été mentionnée par quelque auteur que ce

portes il a jamais été mentionnée par quelque auteur que ce soit, selon ce que j'en sais! Et quelle responsabilité morale si j'ai entraîné à grands frais ma cliente dans un cul-de-sac. Décidément, je suis loin de me sentir à l'aise. Et voilà que E. s'en rend compte en arrivant. Je crois avoir donné comme explication que j'avais trop peu dormi. Elle, par contre, est

tout à fait sereine: je m'empresse de procéder à l'induction qui lui fera retrouver son tunnel.

La porte est complètement ouverte, mais elle reste accrochée à ses gonds. Ce n'est donc pas fini. Dès qu'elle entre, E. me décrit une scène où elle est debout sur une chaise pendant que quelqu'un (une femme non identifiée) lui ajuste un ourlet. Je n'ai pas le temps de lui demander son âge qu'elle montre d'évidents signes de nausée. Il faut qu'elle descende vite de la chaise, tant elle est étourdie: c'est l'odeur nauséabonde du cigare qu'un homme fume dans la pièce qui est à l'origine de son malaise. Peu de temps s'écoule, puis E. m'annonce: «Je suis revenue toute seule dans le tunnel et la porte est par terre.» «Bon sang, mais alors c'est fini!» Souriante, elle fait signe que oui puis, hésitante, elle souligne un détail curieux: la porte est tombée, mais au lieu d'être complètement à plat sur le sol, elle semble reposer sur un petit bloc qui la présente ainsi avantageusement: comme un document précieux qu'on expose dans une vitrine. Est-ce pour mettre en valeur la tête sculptée du lion? Nous n'aurons pas le loisir de répondre à cette question parce que E., surprise et ravie, claironne soudain que le tunnel est débouché et qu'elle est tout près de la sortie.

«Et alors, que veux-tu faire?

— J'aimerais bien m'avancer jusqu'à la lumière.

— Quelle lumière?

— Ben voyons... C'est le jour au bout du tunnel. C'est clair...

— .....

— Est-ce que j'y vais?

— Pourquoi pas?»

Pourquoi pas?...

Perplexité de l'auteur

Si je le dis, est-ce que cela n'influencera pas toutes les personnes qui, dans l'avenir, auront à vivre ce moment? N'y a-t-il pas un risque de fausser la fin de leur éventuelle catharsis et, peut-être, de compromettre l'évaluation finale?

Si je ne le dis pas, comment pourrais-je faire partager l'extraordinaire beauté de la fin? Et comment pourrait-on alors comprendre toute la symbolique qui s'en dégage?

Décision à la Salomon: coupons la poire en deux.

Journal de E.

Le 24 mars: hourra! Je suis finalement sortie du tunnel. Je pensais que je n'en verrais jamais la fin. J'ai quand même dû faire une régression de plus avant de pouvoir sortir. C'était au sujet de la cigarette et du cigare. La sortie du tunnel fut... (censuré par l'auteur)... combien gratifiante. Il y avait un magnifique champ de marguerites avec un soleil éclatant. ...(censuré par l'auteur)... Pour la première fois depuis la mort de maman j'ai pleuré, et ça m'a fait du bien. Je dois vérifier les faits avec Gaétan pour savoir quelle part de vérité il y a dans ces régressions. Je me sens libérée et j'ai réellement l'impression de prendre un nouveau départ. Je suis tellement heureuse. JE CROIS QUE JE VAIS ÉCLATER!!!

Le bout du tunnel

En sortant du tunnel, E. ne dit rien. Mais un formidable changement de physionomie se produit en un lent ralenti. De circonspect qu'il était, son visage s'épanouit peu à peu et c'est soudain une immense explosion de joie et de bonheur. «Que c'est beau, mais que c'est beau!», s'exclame-t-elle enfin.

Je suis sur des charbons ardents. Je vois qu'elle vit quelque chose d'inusité, et je comprends qu'elle a complètement décroché de mon bureau et de ma présence. Une illumination? Oui, c'est cela que j'ai sous les yeux: un visage

illuminé, d'une rayonnante beauté. Mais que voit-elle donc qui soit si beau? Je suis intimidé. J'ai peur de gaffer si je me manifeste. Mais, en même temps, je voudrais savoir et comprendre. N'y tenant plus, je prends le risque de rompre le silence en lui demandant d'expliquer ce qui se passe. Elle me décrit alors sa vision: en sortant du tunnel, elle surplombait un paysage féerique. Elle me donne certaines précisions et je pose des questions, beaucoup de questions, qui me rensei-

gnent parfaitement sur ce qu'elle voit et ressent. C'est absolument fascinant, et je suis loin de me douter à cet instant que cette séquence me donne les informations qui se révéleront être l'acquis fondamental de cette fabuleuse expérience. L'on comprendra donc que je ne sois pas plus explicite là-dessus.

Quand tout est fini, nous avons tous les deux les yeux dans l'eau, tant ce qui vient d'être vécu par E. est pathétique de beauté, de bonté et de sérénité. Ma cliente ne parvient pas à dire aussi bien qu'elle le voudrait les transformations qu'elle ressent, la plénitude qui l'habite. Et je comprends en écrivant cela que je ne pourrai, moi non plus, trouver les mots qui rendraient correctement compte de la pure euphorie qui symbolisera cette journée, pour moi historique, du 24 mars 1978.

Fin du journal de E.

Le 25 mars: ma tante est arrivée par surprise hier soir. J'étais contente de la voir; d'autant plus que ça m'a permis de vérifier les bienfaits de la thérapie. Elle m'a trouvée plus épanouie et plus calme. Elle était accompagnée de Gilbert T. que j'ai connu quand il avait 10 ans. Il en a maintenant 24...

Le 26 mars: mon frère Gaétan est venu se joindre à nous. J'ai relaté à Gilbert l'incident du garçon à la figure brûlée, et il m'a dit qu'il l'avait vu et qu'il avait été très frappé. C'est un garçon de Lachine, et c'est fort possible que ce soit le même. Il avait tout un côté de la figure brûlé mais il ne se souvenait pas lequel. Gaétan m'a tout confirmé l'incident de la baignoire. Il dit que mes parents

m'a tout confirmé l'incident de la baignoire. Il dit que mes parents ne nous ont pas vus, mais qu'il s'en est fallu de peu. Il se souvient également que j'avais passé un mois chez notre oncle à Sainte-... et que c'était au temps des foins... La cigarette semble moins m'importuner, mais ça me dérange encore. Probablement qu'à la longue ça ne me dérangera plus du tout. (...) J'ai encore beaucoup à faire avant de pouvoir me laisser aller à mes émotions et à mes sentiments. Ce n'est pas comme avec François, j'ai encore beaucoup de tabous à surmonter avant de pouvoir être vraie dans toutes mes actions. Je voulais me laisser aller, mais en même temps j'avais peur de mes réactions et de ce qu'il (Gilbert T.) pouvait

penser de moi. Je crois que la notion de mal face à l'expression des sentiments et des besoins affectifs est encore très profondément ancrée dans mon esprit. Je me rends compte également que j'ai énormément besoin de contacts physiques. C'est tout nouveau pour moi, et je ne sais trop comment réagir. C'est donc difficile d'être soi-même quand on n'en a pas l'habitude.

Retour à l'humilité

J'aurais aimé pouvoir écrire, comme dans les contes de fées, que «tout est bien qui finit bien». Mais, nous allons le voir, ce serait prématuré et peu conforme à la vérité. J'ai indiqué, plus avant, que j'avais fait une faute à la cinquième porte, et je dois ajouter maintenant que je n'ai pas su «lire» des indices pourtant clairs (clairs... a posteriori) donnés par le Subconscient de E. quand elle était encore dans le tunnel ou qu'elle contemplait son paysage.

Suite et véritable fin de la catharsis de E.

Pendant trois semaines après sa sortie du tunnel, E. aura vécu d'extraordinaires journées de bien-être et de bonheur. Elle était transformée au point que ses parents et amis disaient ne plus la reconnaître, ni moralement ni physiquement. Elle vérifiait concrètement que ses phobies avaient complètement disparu, elle dormait merveilleusement bien et ne connaissait plus ses affreux maux de tête. Les premiers jours, je prenais régulièrement de ses nouvelles et elles

étaient tellement bonnes que E. n'était pas loin de me prendre pour un génie. Et moi de même! Peu à peu, elle s'habituait à son récent bien-être général, elle allait jusqu'à le trouver normal et même, presque banal; tant il est vrai qu'on s'habitue vite à la joie de vivre. En parallèle, ma vie professionnelle et mon enthousiasme avaient pris de nouvelles dimensions par l'arrivée de F. dans le tableau. J'ai déjà brièvement fait allusion à ce cas au chapitre précédent, en disant que la chance m'avait souri puisque cette patiente avait confirmé, sans le savoir, le rôle du tunnel et des portes. Je donnerai un résumé de la catharsis de F. dans de prochaines

pages et aussi celle de G. Elles m'auront procuré les clefs qui me manquaient encore pour conduire E. au bout de son aventure thérapeutique.

Ainsi, le temps passait pour moi dans l'euphorie causée par une trouvaille que d'autres cas permettaient de confirmer. Par contre, E. avait, sans oser m'en parler, constaté qu'elle dormait un peu moins bien et que, pour de courts moments, son mal de tête se manifestait. Comme elle le confiera plus tard, elle ne voulait pas trop s'en soucier puisque, dans l'ensemble, elle ne se sentait vraiment plus dépressive. De temps à autre, elle m'appelait pour s'informer du déroulement des catharsis en cours, et se disait heureuse d'apprendre que d'autres personnes vivaient sensiblement les mêmes phases qu'elle à travers leurs portes. Ces deux autres catharsis me confortaient dans ce qui devenait progressivement des certitudes. Et tout particulièrement le fait que, dans les deux cas (et, bien entendu, sans que les patients aient été mis au courant), la fin était la même que celle de E.: ils arrivaient, eux aussi, devant un paysage féerique où se retrouvaient des caractéristiques tellement nettes que je ne pouvais plus douter qu'il y avait là une constante qui affirmait la qualification scientifique du prodédé.

Quelques mois se passent, puis E. se décide un jour à me demander un rendez-vous. Je suis surpris de la voir pres-

que aussi defaite qu'avant sa catharsis. Elle me raconte que ses nuits sont devenues infernales à cause d'un cauchemar qui est pratiquement quotidien et que, par manque de sommeil, elle est agressive envers son fils et physiquement à plat. Même les somnifères ne peuvent rien pour l'aider, précisera-t-elle. Ce cauchemar lui fait toujours vivre la même scène: elle se trouve sur une passerelle métallique agitée de vibrations et elle y est figée, en proie à une épouvantable panique. Elle se réveille chaque fois sous l'effet de ce stress et ne parvient donc pas à connaître la suite. «À force d'y penser, me dit-elle, j'ai acquis la conviction que cette passerelle est celle qui est surpendue sous le pont Mercier à Ville Lasalle.» Tiens donc, l'affaire du pont qui refait surface! Mais il ne

s'agit pas du même, puisque le pont Mercier est un ouvrage important qui enjambe le fleuve Saint-Laurent.

La voilà ma faute: dans le feu de l'action j'avais négligé de revenir sur la scène où E. se trouve près d'un pont, les jambes paralysées, avant qu'un agent de police s'adresse à elle. Mais comment se fait-il que la cinquième porte soit tombée comme les autres, alors qu'il manquait une régression? C'est encore un mystère pour moi au moment où ma cliente est dans mon bureau. Je n'hésite pas un instant à déclarer que la seule solution consiste à retourner dans le tunnel pour vider la question. Mais E. n'hésite pas non plus un instant à me dire qu'elle se sent incapable d'affronter encore le maudit tunnel! Les impasses, avec elle, on connaît!

Je propose alors autre chose: nous irons ensemble, sur place, voir ce fameux pont Mercier, le boulevard Lasalle et le petit pont sur le canal Lachine. Il se produira peut-être alors une régression spontanée qui nous dispenserait de retourner dans le tunnel. L'idée plaît à E. et nous fixons un rendez-vous pour entreprendre ce voyage d'une centaine de kilomètres vers Montréal.

À Ville Lasalle

Au passage, E. me montre le parc où s'est déroulée la

Au passage, E. me montre le parc où s'est déroulée la scène du petit garçon. Nous allons voir le carré de sable et l'échelle horizontale. J'observe ses réactions du coin de l'œil, mais je ne décèle rien d'autre que la satisfaction de retrouver les lieux exactement semblables à ce qu'elle avait vu en régression. Rien d'émotif ne se manifeste, c'est très positif.

Nous arrivons au pont Mercier en longeant la rive du fleuve, venant de l'est, et ma patiente, me montrant la passerelle, confirme: «Oui, c'est bien là-dessus que je suis pendant mon cauchemar.» Et elle pâlit de frayeur. Je vois de profil la rampe routière qui conduit sur le pont; nous sommes au pied d'un impressionnant pilier qui supporte la charpente. Adossé à ce dernier, un escalier métallique en colima-

çon donne accès à une passerelle de service qui est suspendue sous le pont. L'escalier est encagé de treillis et une porte est censée en interdire l'accès; elle n'est pas cadenassée. J'annonce à E. que nous allons monter sur la passerelle pour voir ce qui arrivera. Seigneur! Qu'ai-je dit? La voilà dans tous ses états, elle refuse péremptoirement.

«Mais enfin, nous sommes ici pour ça. Non?
— Pas capable.
— On recommence ce petit jeu stupide?
— M'en fous.»
...Et ainsi de suite jusqu'au moment où je propose que nous voyions tout de même le petit pont.

En voiture, la distance me paraît courte entre le fleuve et le canal. Nous voici devant le petit pont que ma cliente a mis environ six heures à franchir dans sa régression. Il est bien tel qu'elle me le décrivait et je suis curieux de savoir comment elle va se comporter car, bien entendu, j'ai l'intention de le lui faire traverser. Dans un premier temps, elle stationne pendant un moment à l'endroit où elle attendait de se décider. Et quand je l'invite à avancer sur le trottoir, elle exige que je passe avant elle. (Elle se méfie de moi, elle craint

que je lui joue la scène de l'homme qui la bouscule en la dépassant.) Nous arrivons à l'endroit où elle est tombée. Il est bien vrai que l'espace est suffisant entre le trottoir et le garde-fou pour expliquer qu'elle se soit trouvée la tête au-dessus de l'eau. Elle ne montre pas signe de trop grande nervosité, et je l'invite à bien regarder l'eau qui coule en bas. Elle le fait brièvement, et constate que la hauteur entre le pont et l'eau est moins grande qu'elle ne l'avait vue en régression. Elle n'est quand même pas très à l'aise et manifeste son soulagement quand, après avoir complètement traversé puis refait le passage dans l'autre sens, nous nous retrouvons sur la terre ferme.

Je plaide que les choses se sont suffisamment bien passées pour qu'elle accepte maintenant de retourner au pont Mercier. Et, sans attendre sa réponse, je l'invite à reprendre

place dans la voiture. Elle n'est guère souriante pendant que nous roulons, ni très loquace. Nous revoici à pied d'œuvre. Pour le meilleur ou pour le pire?

Ce sera pour le pire. Je la précède dans l'escalier. Elle suit, mais tout juste. Je m'engage sur la passerelle, pas elle. Nous parlementons et je lui donne la main pour la décider: en fait, je crois bien que je la traîne pendant quelques mètres. Cette passerelle possède la particularité d'être à deux niveaux puisque, après avoir parcouru une certaine distance, il faut descendre quelques marches avant de poursuivre et, plus loin, remonter le même nombre de marches pour se retrouver au premier niveau. Et ainsi de suite. L'autre rive est très éloignée.

Arrivé au bout de la première travée, je descends sur la suivante. Je suis au-dessus de l'eau, ce qui indique que cette travée a sensiblement la même largeur que la route qui passe en bas. E. n'a pas suivi. Je la vois figée sur place, les doigts bleuis à force de serrer la main courante qui limite la largeur de la passerelle de part et d'autre. Ses yeux exorbités fixent l'eau. Puis elle crie: «Non, non, je ne peux pas», en même

temps qu'elle se précipite vers la sortie. Elle dévale les escaliers à une vitesse folle, traverse à la même allure une pelouse et va s'effondrer en pleurant au pied d'un autre pilier, plus à l'est. J'y arrive à mon tour et je crois voir la fameuse scène où elle avait les jambes paralysées. Elle est en crise, assise dans l'herbe, adossée à l'ouvrage d'art.

Il est inutile d'intervenir, il faut lui laisser reprendre ses esprits. Pendant que je l'observe, je forme le vœu qu'elle soit en régression spontanée et qu'elle trouve ainsi la réponse à l'énigme. Hélas! non. Elle reprend progressivement contact avec la réalité et, encore haletante, me signifie que «ça n'a pas marché». Elle s'est revue dans son cauchemar. Rien de plus. Le retour vers les Laurentides n'est pas particulièrement joyeux et nous nous séparons en parlant vaguement d'une éventuelle rencontre. Je suis catastrophé: la catharsis n'est peut-être pas le fantastique instrument thé-

rapeutique que j'avais cru y voir. Même le succès nettement probant obtenu dans les deux autres cas ne représente plus à mes yeux cette belle promesse à faire aux innombrables mal portants qui cherchent «la» bonne solution. Je ne crois pas utile de m'apesantir sur mes états d'âme de l'époque, sinon pour dire que j'avais pris la résolution de ne plus proposer de catharsis à quiconque.

Fort heureusement, les nouvelles que je recevais de F. et de G. indiquaient qu'il n'y avait aucune rechute après les trois semaines que, depuis, j'ai appelées les semaines critiques. C'est ainsi que j'ai appris que la plupart des catharsis se terminaient en une seule séquence, alors que pour d'autres, moins nombreuses, il fallait y revenir après une période d'intégration: je suis informé de cette éventualité par le contenu du paysage de sortie. L'expérience avec E. aura été en cela d'un apport précieux.

Il arriva qu'elle se sentit obligée par son Subconscient de faire face à la musique. Elle m'appela un jour pour me

dire qu'elle n'en pouvait plus — toujours le même cauchemar —, et qu'elle préférait affronter toute sa vérité plutôt que de subir encore ses nuits affolantes. Voici ce qu'il advint:

E. revient dans le tunnel

C'est une autre première. En effet, ce sera la première fois que j'inviterai quelqu'un à se retrouver devant l'entrée d'un tunnel déjà exploré. C'est excitant en diable: comment cela va-t-il se passer? Retrouvera-t-elle le tunnel? Oui, elle le voit tel qu'il était la première fois. Je lui demande d'entrer et de dire ce qu'elle trouve à l'intérieur. Elle indique en premier que le fond est bouché. Repartons-nous à zéro? Elle chemine devant les portes qui sont toujours par terre. Sauf la dernière, la «porte du lion», qui est debout et fermée. J'aurais cru que ce serait la cinquième. Voilà un autre petit mystère.

Au signal convenu, E. franchit la porte d'ébène et... voici la fin de l'histoire. Je choisis de la résumer parce que, l'on s'en doute, j'ai eu très largement droit aux résistances habituelles qui caractérisent cette charmante jeune femme, à qui je dois mon nouveau savoir.

Le fameux dimanche après-midi, l'objectif des garçons est de traverser le Saint-Laurent sur la passerelle du pont Mercier. C'est formellement interdit, c'est donc particulièrement excitant. Par contre, E. refuse de les accompagner: elle les attendra sur la rive nord. Le temps passe, elle s'inquiète et monte sur la passerelle en espérant les voir revenir grâce à la vue en enfilade qu'elle aura de là-haut. Elle s'avance jusqu'à la fin de la première travée et, tout à coup, la passerelle vibre: c'est un lourd camion qui passe sur la chaussée du pont, juste au-dessus d'elle. Un autre véhicule encore, et un autre... Les vibrations sont de plus en plus accentuées et elle prend peur. D'autant plus qu'elle est

au-dessus de l'eau qui maintenant la fascine. Elle entre dans un état second et reste là, figée et quasi inconsciente, les mains crispées sur les garde-fous. Quelqu'un appelle d'en bas, c'est un policier en uniforme qui lui crie de descendre. Elle ne répond pas. Elle en est incapable, étant littéralement hypnotisée.

L'agent de police évalue sans doute la situation et décide d'aller la chercher. Lui parlant doucement de façon à ne pas l'alarmer davantage et continuant à deviser calmement, il la conduit jusqu'au sol en la tenant par la main. Il constate que la toute jeune fille est en état de choc, l'accompagne jusqu'au pilier voisin et l'invite à s'asseoir. **Exactement à l'endroit où, en ma présence, elle s'était réfugiée l'autre jour pendant sa crise de nerfs.** Elle raconte alors au policier que son père n'est pas aussi gentil que lui parce qu'il aurait voulu qu'elle soit un garçon. L'homme en uniforme la rassure en disant qu'elle doit se tromper, que lorsqu'un papa a la chance d'avoir une aussi jolie fille, il ne peut faire autrement que de l'aimer.

Le policier a sensiblement le même âge que son père; mais il est tellement plus chaleureux, constate E. Elle veut être dans ses bras pour mieux y pleurer comme elle aurait eu besoin de le faire dans le passé. Un passé qui se confond avec le présent, pour elle qui est en état de choc. Et quand l'homme perd la tête au contact du jeune corps abandonné et prodigue les caresses qui éveillent les sens, E. ne fait rien pour s'en défendre. Sauf quand, prenant conscience de ce qui va arriver, elle se rebelle et veut fuir. Mais c'est trop tard!

Un détail m'a frappé de plein fouet pendant qu'elle revivait cette scène avec tout le réalisme qui, lui aussi, caractérise ses comportements en régression: **elle a fait exactement les mêmes gestes** que la fois où, avant la catharsis, elle avait piqué une crise dans mon bureau, juste avant ses tentatives de meurtre et de suicide . Je cite: «Un jour, alors

qu'une fois de plus j'essayais de l'amener à retrouver la sérénité de la détente, elle éclata soudain en sanglots en rejetant la couverture qui habillait ses jambes, ainsi que le repose-pied qui prolonge mon fauteuil. **Puis, se retournant en se débattant contre je ne sais quel fantôme, elle se retrouva à genoux sur le sol, le corps affalé de face sur le fauteuil:** elle me faisait une crise de nerfs et j'ignorais ce qui avait pu la provoquer... J'étais perplexe et lui indiquai que nous ne pourrions continuer ainsi: il était évident que le problème était sérieux et qu'il nécessitait une investigation en profondeur. Nous nous quittâmes là-dessus.»

Il avait fallu près d'un an pour avoir enfin l'explication de cette crise de nerfs et de la volte-face de E. bondissant hors du fauteuil: c'est dans cette position qu'elle avait été déflorée; son Subconscient le savait et la poussait à en retrouver le souvenir, même si je ne cherchais pas encore à la faire régresser. Je vérifierai souvent par la suite qu'il y a toujours un indice de ce genre qui se manifeste quand on pro-

cède à une première induction. Je veux dire par là que, d'une façon ou d'une autre, le Subconscient cherche à indiquer la nature de l'affect principal dès que l'occasion lui en est donnée. Savoir déceler ce signe est affaire d'expérience: une expérience qui, en ce domaine précis, me faisait grandement défaut à l'époque.

Revenons à la régression. E. se souvient maintenant parfaitement de la suite: le policier, toujours très gentil avec elle, tente de la rassurer tandis qu'elle pleure, mais il doit être lui-même bouleversé par ce qui vient de se passer. Quand la jeune fille se plaint que «ça lui chauffe entre les jambes», il répond que ce n'est pas grave et que ça va se calmer; il dit que c'est un coup de soleil attrapé quand elle a enlevé sa culotte (sic). Il lui conseille de se reposer avant de retourner chez elle. Et il lui promet qu'il ne dira à personne

retourner chez elle. Et il lui promet qu'il ne dira à personne qu'elle avait enfreint la loi en allant sur la passerelle. En contrepartie, elle ne devra jamais rien dire de ce qui s'est passé: un message dans lequel E. sent planer une menace... à laquelle elle échappe en s'endormant (ou en s'évanouissant?).

Quand elle revient à elle, l'homme en uniforme n'est plus là. Elle ignore l'heure qu'il est et se demande si les garçons sont revenus de leur escapade ou s'ils sont encore sur la rive sud. Dans le premier cas il est peu probable qu'ils aient pu la voir en passant, puisqu'elle était allongée derrière un pilier. Elle se décide à rentrer seule. En marchant, elle sent encore une brûlure dans le bas-ventre et me dit: «Il y a quelque chose de gluant qui coule sur mes cuisses.» Elle soliloque en déambulant: «**C'est fini. Jamais plus ça n'arrivera. Même quand je serai grande je ne veux plus que mon corps soit plus fort que ma tête. Tout ça est de ma faute mais je ne serai pas une putain.**»

Elle vient de mettre un interdit sur sa féminité et de considérer haineusement son corps. Dès cet instant le drame est noué: ses seins resteront adolescents, son corps ne prendra pas ses rondeurs normales et elle le dissimulera sous des

vêtements neutres. Elle refusera désormais le plaisir sexuel, comme elle refusera la vie à son fils. Ces résolutions contre nature vont, dès lors, engendrer des conflits internes épouvantables qui feront d'elle une adolescente déprimée, puis une femme aigrie et phobique. À toute fin pratique, on peut considérer qu'à l'instant où elle monologue ainsi, elle se suicide moralement. Mais, ressentant sans doute l'inavouable de ses résolutions, elle en occulte immédiatement le souvenir. Une occultation d'autant plus facile à réaliser qu'elle a développé dès l'âge de trois ans cette habitude de fuir les tensions émotives au lieu de les affronter et de les intégrer.

L'on peut imaginer dans quel état mental la jeune fille se trouve tandis qu'elle se dirige vers son domicile. Passant

devant la bibliothèque municipale, elle se souvient des toilettes publiques et s'y rend afin d'aller constater la nature de ce qui lui mouille les cuisses. J'ai droit à une autre scène de forte intensité quand elle voit le sperme teinté de sang qui salit sa culotte et ses jambes. Tout en nettoyant, elle monologue à nouveau pour m'informer de ce qui se passe: elle a un haut-le-cœur en touchant cette substance visqueuse **dont elle ne soupçonne pas la nature.** Elle dit que cela lui rappelle quelque chose de dégoûtant, mais elle est incapable de préciser où elle a déjà vu ça... Je puis ainsi vérifier qu'elle a bien occulté le souvenir du cousin qui lui a éjaculé dans la bouche quelques semaines plus tôt et je vois, de souvenirs occultés en souvenirs occultés, par quel cheminement ma cliente est passée pour en arriver au drame central de sa jeune vie.

C'est après la halte à la bibliothèque qu'elle arrive enfin devant le petit pont. À ce moment, elle est déjà épouvantablement secouée, mais il semble que le destin lui ait préparé une ultime épreuve. En effet, elle doit traverser ce pont qui, à l'égal de la passerelle Mercier, vibre au passage des véhicules. Ce sont ces vibrations — coupables de sa récente panique ayant conduit au «viol» — qu'elle redoute, sans vraiment savoir pourquoi. Et il faudra, en plus, qu'arrive cet accident bête où elle se fera bousculer pour se retrou-

ver **au-dessus de l'eau, comme sous le pont Mercier.** Tout s'explique enfin, y compris le «saut» par-dessus l'incident Mercier quand elle était à la cinquième porte. Aurait-elle été capable alors de vivre en une seule séquence la cascade d'événements hautement traumatisants de ce dimanche après-midi? Je sais aujourd'hui que la réponse est probablement non puisque, à l'occasion d'autres catharsis, j'ai retrouvé la même propension.

Avant qu'elle puisse voir la «porte du lion» complètement à terre, elle vivra une dernière régression capitale: au moment de son accouchement, E. entend le médecin dire que l'enfant a le cordon ombilical tourné autour du cou et

qu'il faudra procéder d'urgence à une réanimation; à cet instant précis, elle pense qu'il ne faut pas que le bébé vive, **elle veut qu'il meure**. Une pensée dont le caractère coupable engendre une nouvelle occultation dont l'affect émergera confusément plus tard, pour la pousser à jeter son fils contre le mur; un acte tellement aberrant pour le Conscient de E. qu'il la conduira à son suicide manqué.

La boucle est maintenant bouclée. Tout est expliqué, la mare est récurée à fond et Aristote triomphe. J'ai l'impression d'avoir conduit une enquête policière bien plus qu'une thérapie, et j'en suis abasourdi. E., fondante de bonheur, revoit son paysage. L'indice qui tentait la première fois de nous avertir que tout n'était pas dit a disparu. Deux nouvelles vies commencent: pour E. c'est le début d'un temps nouveau, pour moi c'est une spécialisation qui s'amorce.

Chapitre IV

LES CATHARSIS DE F. ET DE G.

Oui, tout change, et très rapidement. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, toutefois, personne n'est moins sceptique qu'un homme de science, car les

faits subsistent pendant que les théories s'écroulent.

Rémy Chauvin

La première page du journal de E., souvenez-vous en, traduit sans équivoque le désarroi qui l'avait incitée à accepter la confrontation avec son passé occulté: «**Je ne peux plus continuer ainsi, autant pour ma sauvegarde que pour celle de René. Ou je vais être bien dans ma peau, ou je ne raterai pas mon coup.**» L'alternative était donc la solution du suicide. Il m'arrivera plus d'une fois de retrouver la même détermination chez des gens qui, comme elle, avaient occulté des événements dramatiquement majeurs. Mais, que l'on se rassure, il n'en est pas toujours ainsi. J'en prendrai pour preuve la sortie du tunnel qui vient de se produire après seulement quatre jours (douze heures) de catharsis, alors que je reprenais mon souffle avant la rédaction de ce chapitre-ci.

Il s'agissait d'une jeune femme, âgée de trente ans, ayant fait une sévère dépression nerveuse dix ans plus tôt. Elle s'en était sortie provisoirement grâce au yoga physique. Mais, sous la pression d'événements récents (responsabilités accrues et éloignement affectif), elle sentait qu'elle basculait

à nouveau. Prenant conscience des signes avant-coureurs qui annonçaient une rechute, elle demandait mon aide. Dans son tunnel, très beau et lumineux, il y avait trois portes à gauche. Aucune à droite. Son comportement fut exemplaire: sitôt une porte franchie, les souvenirs s'enchaînaient sans aucune interruption et ne donnaient lieu, pour la plupart, qu'à des remontées émotives douces-amères. Quelques scènes étaient franchement drôles.

Le plus spectaculaire dans son cas? Ce fut l'incident où, à l'âge de six ans, elle fut mordue par un serpent. Elle avait à peine senti la piqûre puis, plus nettement, l'installation d'une mollesse générale qui l'incitait à «s'endormir». Peu après, elle voyait, d'en haut, son corps allongé et inerte. Elle entendait un médecin dire à d'autres enfants: «Votre camarade ne se réveillera plus.» Elle se sentait bien là-haut, sereine et confortable, pendant que des gens s'affairaient autour de son «presque cadavre». Puis elle sentit qu'elle luttait contre une force qui l'attirait vers le bas, et qui réussit finalement à lui faire réintégrer son corps pour qu'il reprenne vie.

Ses propos correspondaient tellement aux descriptions rapportées dans le livre *La vie après la mort*, que ma première réaction fut de penser qu'elle venait de s'offrir un fantasme. Je lui demandai tout de même si elle portait une cicatrice au mollet. Elle répondit par la négative. En vérifiant, par acquit de conscience, nous eûmes toutefois la surprise de trouver deux discrètes cicatrices parallèles qui prouvaient que ma cliente avait bien été mordue par un reptile. Ce qui authentifiait la régression qui la ramenait vingt-quatre ans en arrière quand, au Congo, elle était pensionnaire dans une colonie de vacances.

L'exemple que je viens de citer montre que toutes les catharsis ne ressemblent pas nécessairement — en termes de temps et de dramatisation — à celle de E. Il indique cependant que l'on retrouve toujours les mêmes composantes: un tunnel et des portes (ou ouvertures), qui sont des variables,

puis une apothéose finale qui est une constante. Par ailleurs, l'expérience apprend que ce n'est qu'après **la toute dernière régression** qu'il est possible de reconstituer le puzzle. Il suffit de revenir à ce qui fut «ma» première catharsis pour s'en convaincre.

L'histoire de F. revue et corrigée

L'histoire de E. revue et corrigée

Que sait E. de ses problèmes de santé avant de se soumettre à une catharsis? Elle commence par dire qu'elle est née avec une «faiblesse congénitale» au foie: elle fait des jaunisses à trois ans, puis à huit et à dix-sept ans. Elle constate ensuite qu'elle était une adolescente malingre, déprimée et très irrégulièrement menstruée. Elle prétend ne pas avoir connu d'éveil sexuel, être et avoir toujours été frigide. Puis elle note une surprenante plénitude physique et mentale pendant sa grossesse. Mais, après son accouchement, tous les désordres antérieurs se réinstallent: maux de tête permanents, insomnie chronique, évolution de bile, hypernervosité, auxquels vient s'ajouter l'agressivité envers le bébé. Ses phobies aussi sont de nouveau obsédantes: les morts, les espaces restreints, l'eau, les hauteurs, les ponts et le sperme. Le tableau se complète par un net refus de sa féminité, un état dépressif quasiment permanent et, depuis l'accouchement, la volonté de supprimer son enfant, suivie d'une tentative de suicide. Pour couronner le tout, elle constate douloureusement l'échec d'un mariage, qui fut certes contracté par amour, mais qui représentait pour elle une bouée de sauvetage. Elle nous renseigne également sur ce que la médecine a trouvé de mieux pour l'aider: on lui a prescrit divers tranquillisants pendant nombre d'années pour tenter de lui faire surmonter son état dépressif et la grande nervosité concomitante, plus des hormones pour tenter de régulariser son cycle menstruel. Écœurée par l'inefficacité des médications, elle se tournera finalement vers l'alimentation naturelle pour quand même constater: «J'ai dû me rendre compte qu'au point de vue santé cela s'améliorait, mais qu'au point de vue mental je n'étais pas mieux.»

En toute objectivité, il faut reconnaître que la médecine ne pouvait guère faire plus pour E. En prescrivant des tranquillisants et des hormones, les médecins cherchaient à réduire des symptômes, en espérant que cela suffirait pour que l'organisme reprenne le dessus. Mais ils intervenaient

sans rien savoir de précis sur le «pourquoi» des désordres de santé en question. Comment d'ailleurs auraient-ils pu le savoir? Il aura fallu que je procède à une catharsis pour enfin comprendre le fameux pourquoi des choses et, du même coup, contribuer à guérir ce qui était encore guérissable. Prenons l'exemple des jaunisses. Une première se déclare quand E. avait trois ans. Et c'est à cet âge, justement, qu'elle a vécu son premier drame: le face à face terrifiant avec le garçon défiguré, un événement majeur qui installe le mécanisme d'occultation par évanouissement. Ce mécanisme jouera par la suite, chaque fois qu'elle sera confrontée à une situation qu'elle sera incapable de comprendre ou d'accepter et que, pour ces raisons, E. éliminera totalement de sa mémoire consciente. C'est ce qui arrivera, avec une autre jaunisse à la clef, quand elle aura huit ans, juste après avoir dû embrasser le cadavre de son grand-père, puis passer une nuit d'épouvante dans le lit du défunt. Ces deux incidents engendreront en outre la phobie des morts, d'une part, et l'amorce des insomnies, chroniques, d'autre part. Or, ni les phobies ni les insomnies ne peuvent être guéries par des médicaments; mais des tranquillisants et des somnifères seront quand même généralement prescrits, puisque le médecin est tenu d'intervenir; même s'il intervient à l'aveuglette en sachant parfaitement qu'il ne s'attaque pas à la cause.

J'ouvre une parenthèse pour constater qu'il fallait, au départ, qu'existent chez E. deux faiblesses héréditaires, pour que les choses s'agencent comme nous venons de le voir. Il fallait d'abord qu'elle ait une faible résistance aux chocs émotifs et, ensuite, que le foie soit le point le plus vulnérable de son organisme au moment du premier événement. Si sa plus grande vulnérabilité physique avait été au

niveau des intestins, du pancréas, ou du système circulatoire par exemple, E. aurait alors, et selon le cas, fait autre chose qu'une jaunisse. Ce qui revient à dire qu'un même choc émotif peut conduire à une grande variété de malaises ou de

maladies, selon que tel ou tel organe est le plus vulnérable chez tel ou tel individu. Or, nous avons tous nos points faibles — nos points forts aussi — aux plans physique et psychique. Et s'il est vrai que la plupart d'entre nous bénéficient d'une plus grande résistance que E. aux émotions fortes, il demeure que notre seuil de résistance peut, ou a pu, un jour être dépassé sans que nous le sachions. Nul n'est donc totalement à l'abri d'une occultation ou d'une série d'occultations, et il est pratiquement certain que les problèmes de santé non résolus ne peuvent l'être qu'en retrouvant l'origine psychique du mal.

Retour au commentaire

E. pensait, avant sa catharsis, qu'elle ne s'était jamais éveillée à la sexualité. Pourtant à l'âge de dix ans, comme l'enseigne la scène de la baignoire, elle n'était pas rébarbative aux jeux sexuels. Et à treize ans elle se masturbait. Le développement normal de sa libido avait donc été interrompu par les événements en chaîne de son été dramatique (cousin, chien et policier), mais elle ignorait tout de ces incidents puisqu'elle en avait occulté le souvenir. Les conséquences en furent désastreuses, bien plus encore qu'elle n'avait pu l'imaginer. En effet, ce n'est qu'après avoir lu jusqu'ici mon manuscrit que E. s'est souvenue d'avoir été hospitalisée d'urgence environ six semaines après son «viol», et d'avoir fait une jaunisse dont elle n'avait pas parlé antérieurement. Il y avait donc une nouvelle jaunisse mais, cette fois, accompagnée de graves désordres psychiques et physiques. Ses parents constataient que, sans raison apparente, leur fille était prostrée et dépressive. En plus de son ictère, de ses violents maux de tête, de ses nausées et de ses douleurs abdominales, ses menstruations venaient de commencer, mais de façon tout à fait anarchique. Bref, elle était

en état de crise sans que l'on puisse en expliquer la cause. Après vingt-trois jours d'hospitalisation on avait réussi à juguler la plupart des symptômes, mais l'état dépressif per-

juguler la plupart des symptômes, mais l'état dépressif persistait et le cycle menstruel restait un problème non résolu. C'est alors que les hormones et les tranquillisants furent prescrits. Or ces hormones allaient être la cause (accidentelle, bien sûr) des désordres devenus permanents de son système génital. N'ayant pas compris que leur jeune patiente réagissait physiquement à une série d'émotions fortes accumulées en quelques semaines, les médecins étaient intervenus intempestivement. Faut-il rappeler combien l'on méconnaissait, à l'époque, les dosages hormonaux qui incitent aujourd'hui à beaucoup plus de circonspection? En fait, on n'aurait jamais dû lui prescrire ces hormones, puisque les désordres menstruels étaient une conséquence directe du stress subi au pied du pont. Il faut dire que la médecine d'alors connaissait mal, ou ignorait, le rôle du psychisme dans la plupart des affections physiques. On commence à comprendre que la nature — notre système immunitaire — est capable de réparer ses propres dégâts, pourvu que les perturbations psychiques originelles soient débusquées. Mais qu'elle ne peut, dans tous les cas, réparer les dégâts causés par des agents extérieurs (médicaments, drogues, poisons) qui détruisent son délicat équilibre.

La catharsis n'a pas donné d'explication pour la jaunisse faite par E. à l'âge de dix-sept ans, puisque les régressions s'arrêtaient après les incidents de Lasalle. L'on peut cependant inférer qu'elle serait la résultante d'un stress à l'école normale: à l'occasion d'un examen par exemple. Il faut en effet tenir compte du fait que la jeune fille était encore, à cette époque, littéralement bourrée de tranquillisants, et que ces médicaments réduisent les capacités intellectuelles puisqu'ils altèrent les facultés d'apprentissage et la mémoire immédiate*.

---

* *Santé et Bien-Être Social Canada: Les effets de l'usage des tranquillisants (1982) p. 28 et 29.*

La grossesse de E.

L'épisode de la grossesse est riche d'enseignements. Il montre en effet toute la force des instincts fondamentaux, et corrobore l'importance primordiale qu'il faut leur accorder en abordant les problèmes de santé. Voici donc une jeune femme très perturbée, malingre et dépressive, qui est gouvernée par des affects dont nous connaissons la gravité. C'est, à toute fin pratique, «un oiseau pour le chat». Et la voilà enceinte. Tout change soudainement en elle: l'instinct de reproduction prend le contrôle, il impose ses priorités pour assurer le développement d'un petit être. Toutes les ressources psychiques et physiques de la mère sont mobilisées par un ordre impératif venu de l'Inconscient: faisons l'enfant le mieux possible, et que le Subconscient se tienne coi tant que nous nous occupons de cette priorité. Après, et seulement après, il pourra reprendre voix au chapitre pour attirer l'attention sur ses objectifs particuliers*. Merveilleuse et intelligente organisation de la nature qui nous montre combien sont illusoires et inutilement dangereuses les interventions allopathiques intempestives.

Ainsi, dès que l'enfant est arrivé à terme, l'Inconscient (instinct de reproduction) cède immédiatement la place au Subconscient de la mère qui, dès lors, se retrouve soumise aux pressions destructrices de ses affects. Ignorant encore tout, à cette époque-là, des incidents qui l'ont perturbée, elle ne peut s'empêcher de souhaiter que le bébé ne vive pas. Et elle concrétisera ce souhait dix-huit mois plus tard en le jetant contre le mur.

Les phobies de E. et le reste

Comme il fallait s'y attendre, la catharsis a débarrassé E. de toutes ses phobies. Sa peur de l'eau, c'était les incidents vécus pendant des baignades; la peur des hauteurs et

---

* *Cela se vérifie pendant les guerres: l'instinct de survivance — de conservation — est tellement présent que l'on constate la disparition des névroses... qui réapparaissent en même temps que la paix revient!*

des ponts, c'était la passerelle Mercier; la peur des espaces restreints, c'était quand elle fut coincée entre deux hangars; sa peur des morts, c'était le baiser au cadavre du grand-père; et la peur (le dégoût) du sperme, c'était son cousin dans la charrette. Il suffisait de retourner à la source.

Il reste que le problème principal était d'ordre sexuel. Que Freud s'en réjouisse, c'est la conclusion qui s'imposera le plus souvent après nombre de catharsis. Le cas de E. aura été un modèle du genre: il met en lumière l'aberrante attitude de beaucoup de parents face au développement sexuel des enfants, particulièrement des filles. La scène de la baignoire est typique: la mère envoie le garçon jouer dehors sans autre commentaire. Mais elle s'attaque à la fille, la culpabilisant au maximum en lui prédisant qu'elle sera une putain! C'est à ce moment-là que s'inscrit dans le Subconscient de l'enfant un interdit qui amplifiera dramatiquement ses émotions négatives lors des premiers contacts avec l'autre sexe. La scène du tribunal ne laisse aucun doute à ce sujet, puisque ce qui en ressort principalement c'est encore cette qualification de putain claironnée par le père. Que l'on ne s'y trompe pas: un système d'éducation qui présente aux enfants la sexualité comme une activité malsaine, sans expliquer ou nuancer, crée littéralement des infirmes aux plans psychique et physique. Mais il en est de même quand, à l'inverse, on veut réduire l'activité sexuelle à un comportement purement animal, en la coupant de la dimension affective qui est son habituel complément chez l'humain. Connaissant les culpabilisations inhérentes à l'enseignement timoré du judéo-christianisme et le relâchement, par réaction ou écœurement, des nouvelles mœurs occidentales, peut-on vraiment s'étonner que la sexualité soit souvent la clef de voûte de nos perturbations? Le lecteur comprendra que je ne me pose pas ici en moraliste; ce sont des faits cliniques qui conduisent à mes remarques.

Il arrivera peut-être que des passionnés de l'analyse s'attachent à décortiquer davantage l'histoire de E. Grand bien leur fasse. Mais les théories ne seront jamais que des

théories. Du moment que tous les faits se recoupent et que le «pourquoi» des choses s'impose par évidence, je considère que le travail est fait. Un travail qui, je tiens à le dire encore, consiste pour moi à faire une mise en situation pour permettre au patient de cheminer au rythme qui lui est propre. L'objectif est clair: laisser le Subconscient s'exprimer librement pour l'amener à **vouloir la guérison** par le biais d'un dialogue avec le Conscient; ce qui ramène à la mémoire les souvenirs occultés, origine des désordres. Dans cette perspective, et pour mieux le démontrer par la multiplication de cas patents, voyons comment la catharsis s'est imposée à moi comme **la démarche fondamentale à faire** quand un problème de santé physique ou mentale ne cède pas **rapidement** après l'emploi des divers palliatifs de la médecine traditionnelle.

Le cas de F.

Comme j'ai eu l'occasion de le dire, c'est l'arrivée de F. dans le tableau qui a véritablement amorcé ma recherche, puisque cette cliente venait confirmer, à son insu, la réalité d'un tunnel jalonné qui s'inscrit dans le psychisme des gens ayant occulté des événements traumatisants au lieu de les intégrer sur le coup. Donc, de gens qui, n'ayant pas trouvé en eux les ressources nécessaires pour faire face aux événements et à la douleur du moment, refoulent le tout au niveau subconscient, comme s'il n'y avait pas nécessairement de note à payer. Cela pourrait se comparer à ceux qui, répondant à une publicité suggérant d'acheter maintenant et de payer plus tard, ne veulent pas savoir qu'il faudra effectivement payer un jour... À la vérité, j'ai rencontré F. pour la première fois avant de connaître la catharsis, et je suis en mesure de dire aujourd'hui — et surtout de montrer — que je n'aurais jamais résolu ce cas en continuant à le traiter classiquement. Jugez-en et voyez comment les événements (le hasard?) s'ingénient à nous conduire vers notre destin.

L'on sonne un jour à ma porte: c'est une jolie jeune fille blonde, menue et timide, qui vient m'interroger pour les

besoins d'un recensement. Elle semble faire de grands efforts pour dominer une difficulté d'élocution, son sourire n'en est que plus chaleureux. Je décline ma profession, aussitôt elle montre plus d'intérêt que ne l'exige sa démarche, et les questions qu'elle pose indiquent qu'elle cherche une solution à un problème personnel. Cela n'a pris qu'une dizaine de minutes, et la voilà repartie vers d'autres sonnettes à tirer. Quelques jours plus tard, elle se manifeste par téléphone pour me dire qu'elle a un problème existentiel, qu'elle a de la difficulté à communiquer sa pensée et qu'elle aimerait prendre rendez-vous. Elle insiste toutefois sur le caractère confidentiel de sa visite: elle habite chez ses parents et ne voudrait pas qu'ils soient au courant! Je remarque que son élocution est plus laborieuse au téléphone.

À l'heure convenue, elle est là. J'apprends qu'elle a dix-neuf ans. Elle confirme qu'elle cherche à résoudre un problème de relation avec les autres, mais ajoute que ce qui l'a décidée à venir me voir, et c'est là sa priorité, c'est qu'elle ne peut avoir de relations sexuelles à cause d'un vaginisme* tenace qui l'empêche d'être femme à part entière, bien qu'elle ne soit nullement frigide. Je crois alors comprendre pourquoi elle ne veut pas mettre ses parents au courant de sa démarche, mais elle me détrompe: il y a des raisons plus délicates.

Elle a le sentiment que la recherche qu'elle vient faire en me consultant est déloyale, d'une certaine façon. En effet, elle n'hésite pas à vouloir lever le voile sur son passé, alors qu'elle sent confusément que ses parents pourraient être responsables de ses problèmes. Elle croit que sa mère se cache à elle-même des faits relatifs à ses enfants, fuyant ainsi d'éventuels sentiments de culpabilité. Il faut donc que F. cherche ses réponses ailleurs, à l'insu des siens, même si elle leur est très attachée, et même au risque d'une éventuelle

---

* *Contracture spasmodique des muscles entourant l'entrée du vagin rendant impossible ou très douloureuse l'introduction du pénis.*

perte d'estime. C'est un débat cornélien. D'autre part, depuis deux ou trois ans, ses parents et elle sont des adeptes inconditionnels de la méditation transcendantale. Ils ont cru y trouver toutes les réponses, toutes les solutions. Leur conviction s'inscrit en dessous de leur photo sur un dépliant publicitaire de l'organisation; ce sont des militants actifs. F. a même fait un séjour au M.I.U. en Iowa (Maharishi International University), et elle projette d'aller en Suisse pour y suivre un cours d'instructeur... Il va sans dire que sa démarche chez moi pourrait être vue par ses parents comme une apostasie, un camouflet ou pire encore. Elle se sent prisonnière d'une croyance qui ne l'a pourtant pas libérée de son mal de vivre, et je comprends combien il faut qu'elle soit affectée pour oser affronter tous ces interdits.

Je ne sais trop encore s'il faut appeler cela du bégaiement, mais au fur et à mesure que se déroule l'entrevue, F. se reprend de plus en plus souvent et multiplie les efforts pour contrôler son débit. Nous abordons cette question sans plus attendre, et elle m'explique que ses pensées sont plus rapides que sa parole, surtout quand elle est nerveuse. Elle ne peut me préciser depuis quand les choses sont ainsi, mais souligne qu'il y a des bègues dans la famille de sa mère. Indépendamment de cette élocution laborieuse, la jeune fille a de la difficulté à bien exprimer en quoi consiste son mal de vivre, son problème existentiel. À titre d'exemple, elle indique qu'elle se sent toujours seule dans un groupe: elle n'y a pas l'audace, comme dans un tête-à-tête, de se manifester ou de se mêler à la conversation. Cela va plus loin que la simple timidité: elle a l'impression de vivre dans un monde à part, une sorte de rêverie perpétuelle.

Elle a rencontré un garçon dynamique, intelligent et beau; elle est «en amour» jusqu'au bout des cheveux, mais il y a son vaginisme... Puis elle me parle d'une phobie très particulière: elle a une peur panique du sang et du système cardiaque. Elle ne peut supporter la vue de veines en relief, ou même d'une planche anatomique; elle serait incapable de prendre son propre pouls. Se soumettre à une prise de sang

est pour elle un véritable martyr. Elle redoute tout ce qui est pointu, une banale injection lui fait perdre connaissance. Parce que je lui demande de le préciser, elle dit que le seul sang qu'elle peut voir sans problème est celui de ses menstrues. C'est encore heureux!

Mais voici le bouquet: elle signale une amnésie quasi totale qui concerne toute l'époque antérieure à ses onze ou douze ans. Elle ne se souvient de presque rien sur son enfance et ses années de scolarité élémentaire. Elle sait qu'elle a été une élève très douée, mais seulement parce qu'on lui montre les élogieux bulletins scolaires conservés par des parents fiers d'elle. Elle a un frère aîné qu'elle admire et aime beaucoup, mais ne garde aucun souvenir des jeux qu'ils ont forcément partagés jadis. Il lui arrive parfois d'avoir des images mentales fugitives en regardant certaines photos contenues dans l'album de famille, mais rien de plus. Je n'aurai plus affaire ici à des occultations circonstancielles, c'est tout un passé de F. qui est escamoté. Elle a dix-neuf ans, mais sa vie consciente se limite aux sept ou huit dernières années!

Nous convenons qu'elle viendra me voir une fois par semaine pour des séances d'une heure. elle est enthousiaste à l'idée que je vais la faire régresser pour tenter de lui rendre la mémoire des faits de son enfance. Je connais bien la technique de régression d'âge, mais je l'utilise peu dans le traitement des cas puisque, à cette époque (1977), je pratique presque exclusivement l'hypnologie classique ou, si l'on préfère, le petit hypnotisme de Nancy. J'ai surtout affaire à des cas de déconditionnement tels que: allergies, migraines, tabagisme, insomnies, énurésie, alcoolisme, préparation aux examens, etc. Avec F. les choses se présentent tout autrement: je ne me suis jamais attaqué à une amnésie de cette envergure et c'est un défi que j'ai hâte de relever. J'ai toutes les raisons de penser que ce cas est idéal puisque ma cliente est très entraînée à la méditation/relaxation. Mieux, elle est capable d'entrer immédiatement dans un état hypnoïde profond, ce qui éliminera la phase préparatoire et

nous fera gagner du temps. De plus, son vaginisme, son mal de vivre, sa phobie du sang et son bégaiement sont des symptômes tellement nets qu'il sera facile d'évaluer les résultats du travail que nous allons entreprendre. Je puis dire aujourd'hui que j'aurais probablement refusé ce cas si j'avais su d'avance ce qui m'attendait!

Surprises en tous genres

Le premier résultat est spectaculaire à souhait. F. fait la découverte de l'extraordinaire précision de la mémoire subconsciente. La façon classique de conduire une régression consiste à ramener le sujet à la date de son dernier anniversaire, pour lui faire retrouver tous les détails de la remise des cadeaux, temps fort de l'événement. L'on demande donc de retourner moins d'un an en arrière, ce qui ne déconcerte par le sujet puisque la mémoire consciente connaît encore l'essentiel de l'affaire. Pour le praticien, c'est pourtant le moment de vérité puisqu'il permet de savoir immédiatement s'il s'agit de souvenirs conscients ou subconscients. En effet, si le sujet déclare sentir les odeurs liées à l'événement, s'il entend les conversations, s'il palpe la texture et le poids des cadeaux en plus de pouvoir décrire en détail les vêtements de chacun, il s'agit bien d'une régression, puisque la mémoire habituelle est incapable de tels exploits. Cela étant acquis, on ramène alors le sujet encore un an en arrière, et il n'est déjà plus étonné de voir et ressentir les choses comme s'il était présent. On procède ainsi par tranches d'un ou deux ans, et l'on note les détails afin d'avoir assez d'information pour faire corroborer l'exactitude des faits et des dates par un membre de la famille.

Mais, dans le cas de F., il y a deux obstacles majeurs: elle n'a aucun souvenir conscient de son enfance, et on ne peut rien vérifier auprès des siens puisque ses visites chez moi sont clandestines. C'est ici que se place la première surprise. Elle m'a décrit le cérémonial relatif à chacun de ses anniversaires jusqu'à l'âge de dix ans, sans que l'on puisse y trouver un élément prouvant que ce qu'elle raconte corres-

pond à des faits réellement vécus. Puis nous arrivons à la date du 29 mars 1967, jour de ses neuf ans. Rappelons-nous qu'elle a déclaré ignorer pratiquement tout de sa vie avant l'âge de onze ou douze ans. Elle n'hésite pourtant pas longtemps avant de me dire qu'elle a été fêtée un peu en avance, parce que sa marraine ne pouvait venir qu'un samedi et que le 29 serait, cette année-là, un mercredi. Voilà donc une amnésique qui, en état modifié de conscience, serait capable de donner une précision de cette nature dix ans après les faits! Est-ce croyable? Sur sa lancée, elle m'indique qu'elle est justement en train de montrer à sa marraine les dessins qu'elle a faits à l'école pour Pâques. Elle en met trop, je vais la coincer ici et, mine de rien, je lui demande quand c'était Pâques... «C'est demain» répond-elle, comme si c'était une évidence. Elle se fout de moi, c'est pas possible! Je téléphone illico au presbytère de la paroisse pour qu'on me dise à quelle date tombait cette fête religieuse en 1967 et, après une brève recherche, on me répond que c'était le 26 mars. C'est net et précis: on a fêté F. le samedi 25 et son anniversaire était bien le mercredi 29.

Ma cliente est abasourdie par la scène revécue qui vient de se produire: elle a peine à croire que des détails aussi indubitables puissent rester inscrits dans le Subconscient. Je pense bien que sa confiance en mes méthodes vient de monter d'un cran. Trop, peut-être? À moins que ce soit en ses propres moyens qu'elle ait pris trop confiance! Quoi qu'il en soit, les autres rencontres iront beaucoup moins bien que la première, et j'en arriverai même à douter de jamais résoudre ce cas. Je vous livre en vrac les surprises ayant «agrémenté» la première phase de l'étude du cas de F.

Fort de la facilité avec laquelle j'ai conduit l'exercice de régression d'âge la semaine précédente, je me propose de suggérer au Subconscient de ma cliente de nous montrer pourquoi elle a occulté son passé. Mais je n'ai pas le temps de donner la moindre consigne: sitôt en état modifié de conscience, la voilà qui commence à vivre quelque chose d'inusité. Ses traits se déforment, elle s'agite et gémit. Puis

elle bondit hors du fauteuil, le repousse et se réfugie dans un coin en hurlant des mots inintelligibles. Et elle se met à taper des deux poings sur la cloison de bois de mon bureau! Je tente d'intervenir de la voix, mais elle ne semble pas m'entendre: j'ai perdu le contrôle de la situation, il faut attendre qu'elle se calme. Au bout de quelques minutes, je risque une question:

«Que se passe-t-il?

— Allez-vous en, vous êtes méchant.

— Pourquoi suis-je méchant?

— Vous êtes un vilain, vous m'avez touchée...

— Ah oui! Et où ça?

— ...» Elle ne répond plus et se renfrogne en boudant dans son coin.

Évidemment, elle finit par reprendre d'elle-même un comportement plus normal et, tout doucement, je la conduis jusqu'au réveil. Elle est surprise de ce qui vient de lui arriver et, riant nerveusement, déclare n'y rien comprendre. Elle sait qu'elle m'a dit de partir, mais précise que ce n'était pas vraiment à moi qu'elle s'adressait; elle n'en sait pas plus, n'ayant eu aucune image mentale ni aucune sensation physique pouvant nous renseigner.

À la visite suivante c'est pire. Sitôt installée dans le fauteuil, la voilà «partie». Comme ça, toute seule, sans que j'aie dit un mot! Immédiatement, je remarque une forte activité onirique: sous les paupières closes, les yeux se meuvent en tous sens et très rapidement. C'est ce que l'on observe chez un dormeur qui rêve, pendant une phase de sommeil dit paradoxal. Mais elle ne dort pas vraiment, donc il s'agit d'autre chose que d'un rêve: elle est entrée spontanément en régression. J'essaie de communiquer verbalement avec elle, mais elle m'ignore complètement. Son corps est agité de soubresauts secs, ses doigts se crispent puis, d'un seul coup, tout s'apaise et elle semble dormir. Je suggère alors qu'elle va se «réveiller», mais sans succès. Je décide de

tenter autre chose et je lui propose, sans sortir de son sommeil, de pouvoir ouvrir les yeux et me parler. Elle ouvre effectivement les yeux et l'on jurerait qu'elle est complètement éveillée tant son regard est normal. Elle me sourit timidement, et je lui demande de me dire ce qui s'est passé. Elle essaie de parler, mais se révèle incapable d'émettre autre chose qu'une sorte de chuintement guttural qui fait penser à un robinet ouvert d'où sort seulement de l'air.

Elle est cependant très calme, et un haussement d'épaules semble dire qu'elle se résigne. Mais bon sang, elle se résigne à quoi? Elle me fait signe qu'elle voudrait écrire, je lui passe un bloc et un stylo. Elle trace: «Je suis incapable de parler.»

«M'entendez-vous?

— ... elle fait signe que oui.

— Que s'est-il passé, avez-vous vu quelque chose?

— ... Elle écrit: «Je ne sais pas et je ne peux pas parler.»

— Vous ne pouvez pas ou vous ne voulez pas parler?

— ... Toujours par écrit: «Je voudrais bien mais j'en suis incapable, je suis muette.»

Oh! Catastrophe. Me voilà pris avec une crise de mutisme hystérique. Elle n'est pas devenue vraiment muette, je sais qu'elle pourrait parler et qu'elle le fera tôt ou tard... Si je manœuvre bien, tout sera rentré dans l'ordre avant qu'elle quitte mon bureau. Sinon? Je n'ose y penser! La voyez-vous errante dans la rue, incapable de parler et n'osant rentrer chez ses parents? Stop, il ne faut pas que mon imagination galope. Je reviens à la réalité en pensant aux amateurs qui jouent avec les phénomènes hypnotiques et qui pourraient se trouver dans une telle situation. Cela me rassérène parce que moi, je sais ce qu'il faut faire. Enfin, je le sais théoriquement! C'est tout de même la première fois que cela m'arrive, et je suis tout seul devant cette fille qui semble s'en foutre éperdument. Elle écrit: «Qu'est-ce qu'on

va faire? C'est amusant, n'est-ce pas?» Très calmement et avec un sourire angélique, je réponds: «Cela semble en effet vous amuser beaucoup, alors pourquoi se presser, nous avons tout notre temps?» Mais si elle pouvait lire dans mes pensées, elle entendrait un tout autre discours. Quoi qu'il en soit, une demi-heure après, elle avait retrouvé sa voix. Mes connaissances théoriques étaient correctes et la manœuvre avait parfaitement réussi.

Après cette séance, F. restait incapable de dire ce qui s'était passé. Elle n'avait aucun souvenir de la phase onirique, ne savait pas comment elle avait basculé dans cet état, et se déclarait parfaitement calme et sereine. Je ne lui parlai pas d'hystérie, bien sûr. Mais je lui déclarai que je ne pourrais plus la recevoir si une scène comme celle-là se reproduisait. En fait, par-devers moi, je souhaitais qu'elle ne revienne jamais. Mais, la semaine suivante elle sonnait à ma porte à l'heure prévue.

Ce fut autre chose, mais une fois de plus tout à fait aberrant. Je l'avertis de ne plus utiliser sa méthode pour «partir» dans un état modifié de conscience, et aussi d'oublier son fichu mantra tant qu'elle se trouvait dans mon bureau. Nous pûmes ainsi débuter la séance de façon plus orthodoxe, mais elle finit quand même par m'échapper pour se retrouver dans une rêverie hallucinée. Elle était en conversation avec des personnages fictifs, puis elle tenait un long discours sur un mode impératif... sans la moindre hésitation, sans aucun problème d'élocution. Son débit était rapide et autoritaire; elle parlait d'elle à la troisième personne pour se décrire comme un personnage important. Un vrai délire mégalomane. Toute tentative d'intervention de ma part étant vouée à l'échec, je la laissai faire ainsi, jusqu'à épuisement de son inspiration. Après l'épisode, elle se souvenait parfaitement de tout ce qu'elle avait dit. Elle en riait et m'interrogeait sur sa signification. Je répondis évasivement pour ne pas lui dire ce que j'en pensais vraiment, à savoir que j'avais le goût de la référer en psychiatrie, parce

savoir que j'avais le goût de la référer en psychiatrie, parce que je n'étais pas compétent pour traiter des cas comme le

sien. J'ouvre ici une parenthèse pour constater que, en effet, à cette époque, je croyais encore que la seule solution valable pour un cas semblable se trouvait chez les psychiatres. Inutile de dire que j'ai changé d'avis depuis, et que c'est la catharsis qui allait m'apporter l'éclairage qui me faisait alors défaut.

Je n'eus pas à prendre une décision de ce genre, puisque F. m'annonça qu'elle devait suspendre ses visites pour un certain temps: elle était à court d'argent et elle avait, je crois, décidé de travailler à Montréal. Il fut toutefois convenu qu'elle me donnerait des nouvelles de temps à autre, et qu'elle m'appellerait si quelque chose n'allait pas. Si le cas se présentait, j'étais décidé à lui conseiller de consulter un psychiatre. Mais le destin en décida autrement.

La catharsis de F.

Il y avait quelques jours que E. était sortie de son tunnel pour la première fois, quand F. se manifesta à nouveau. J'étais très heureux de l'entendre dire par téléphone qu'elle souhaitait prendre rendez-vous. Les retrouvailles furent chaleureuses, elle gardait un très bon souvenir de ses visites antérieures, et se montrait prête à reprendre le traitement où nous l'avions laissé. Je lui expliquai alors, sans entrer dans les détails, que je venais de résoudre un cas en utilisant une autre méthode, et que je souhaitais vérifier si le sien pourrait être abordé de la même façon. L'annonce d'une nouveauté la captivait et répondait bien à sa curiosité pour les techniques d'investigation du Subconscient. Cette propension allait m'aider à obtenir plus de discipline et d'attention de sa part, elle acceptait de suivre mes directives sans prendre d'initiative. Elle l'acceptait d'autant plus volontiers que nos précédentes rencontres l'avaient convaincue qu'elle ne trouverait jamais de solution par la méditation transcendantale.

Tout se passa très bien. Après une détente conduite

classiquement, F. était prête pour le test que je me proposais de faire. Je lui demandai donc d'imaginer l'entrée d'un tunnel inconnu, puis de m'en décrire la forme. Elle répond

immédiatement en disant qu'elle voit l'entrée d'un tunnel grossièrement creusé dans le roc et, quand je lui demande d'y entrer et de me dire si elle y voit quelque chose, elle s'exclame: «Il y a des portes à gauche et à droite.» Je l'ai dit déjà, c'est véritablement à ce moment que j'ai pressenti que je venais de faire une trouvaille importante. Très ému, et m'efforçant de ne point le laisser paraître, je lui demande de se placer devant la première porte et d'y entrer à mon signal. C'est immédiat, elle est en régression, et nous trouvons l'origine de sa phobie du sang. Elle a quatre ans et est hospitalisée. À un certain moment, on lui fait une injection intraveineuse et elle ressent immédiatement une atroce douleur au cœur. Ses réactions sont dramatiques en diable, elle donne l'impression qu'elle va étouffer. Cela se calme après de longues minutes, puis elle signale qu'elle voit les choses déformées, comme à travers un sombre brouillard. Un prêtre habillé de noir se penche vers elle et brandit un crucifix blanc. Après la scène, elle me confiera avoir senti qu'elle était sur le point de mourir, tant la douleur était arrivée comme un coup de matraque. Nous avons donc eu une première régression, et il semble acquis que le tunnel vu mentalement par F. jouera le même rôle que dans le cas précédent.

Nous n'irons pas plus loin ce jour-là. J'explique à la jeune fille que les portes vues dans le tunnel sont les jalons d'un cheminement qui est à faire, et que cela nécessitera des séances quotidiennes de trois heures chacune. C'est un double choc pour elle. En premier, elle est ravie d'avoir vécu quelque chose de concret et d'inusité qui lui fait mieux savoir où elle s'en va dans la démarche. Par contre, le temps et l'argent à y consacrer soulèvent un problème auquel elle ne s'attendait pas. Et, bien entendu, elle demande de pouvoir y penser. Je suggère qu'elle devrait mettre fin à la clandestinité en s'ouvrant à ses parents des visites qu'elle me

fait. D'autant plus qu'il serait souhaitable qu'elle vérifie auprès d'eux si l'incident de l'hôpital est vraisemblable.

Peu de temps après, elle me rappelle pour dire qu'elle est prête à entreprendre la catharsis. Ses parents ont con-

firmé qu'elle avait été hospitalisée alors qu'elle avait quatre ans. C'était à la suite d'une mastoïdite aiguë et l'on avait craint alors pour sa vie. Nous allons donc entreprendre ce qui sera ma deuxième catharsis, mais j'épargnerai cette fois au lecteur des détails qui alourdiraient inutilement le récit. Pour l'essentiel, on peut résumer le cas de F. via trois régressions importantes, incluant celle de l'hôpital.

Deuxième régression de F.

La deuxième des régressions majeures se passe en fin d'après-midi d'une journée pleine de soleil. Les parents ont dû s'absenter pour quelques heures. Les enfants sont gardés par une jeune fille âgée d'une quinzaine d'années. Ce n'est pas leur gardienne habituelle. F. a six ans, son frère Henri en a douze. La petite joue du piano au sous-sol, quand survient une panne d'électricité. Elle monte vers le rez-de-chaussée pour rejoindre son frère qui doit être quelque part dans la maison. Elle l'appelle, mais c'est la gardienne qui répond. La voix, du salon, enjoint l'enfant de ne pas se montrer et d'aller immédiatement dans sa chambre. La petite ne veut rien savoir de cet ordre stupide et ouvre la porte qu'on voulait lui interdire. Son frère est debout, les culottes baissées; et la gardienne, qui tourne le dos à la petite, est à genoux devant Henri. F. s'informe de ce qu'ils font! La grande lui répond qu'elle est trop jeune pour ça et qu'elle doit s'en aller. Mais l'autre s'entête à dire que si c'est un nouveau jeu, elle veut y jouer aussi...

Furieusement vindicative, la gardienne vient vers l'enfant et l'entraîne de force dans le vestibule, tandis que le garçon se rajuste. La petite se débat, la grande accentue sa prise, puis jette l'enfant par terre et lui enserre le cou à deux

mains. Elle la menace de mort si elle ose parler de ce qu'elle a vu, et accentue sa pression sur la gorge pour souligner sa détermination. F., terrorisée et manquant d'air, s'évanouit.

En rentrant chez eux, les parents trouvent leur fille gisant inerte sur le sol, une potiche brisée à côté d'elle; le gar-

çon et la gardienne ont disparu! C'est l'affolement. La mère tente de ranimer sa fille, y parvient et l'interroge anxieusement. Mais l'enfant est muette, hébétée. C'est paniquant en diable, et la mère s'emporte devant le mutisme de la petite; elle la supplie de parler, puis elle l'exige en la secouant: elle veut savoir ce qui est arrivé et où sont passés Henri et la gardienne. F. ne répond pas. Elle redoute moins la colère de sa mère que les menaces de la grande. Se contrôlant mal — on peut la comprendre — la mère attrape sa fille par un bras et la traîne rageusement jusqu'à sa chambre. Elle devra y rester en punition jusqu'à ce qu'elle se décide à parler.

Un peu plus tard, moins énervée, la mère revient auprès de sa petite; elle la prend dans ses bras, l'embrasse et lui parle doucement. Elle s'excuse de s'être emportée, cajole, sourit et demande à nouveau qu'une explication lui soit donnée. Mais l'enfant ne dit mot. De guerre lasse, la mère finit par abandonner la partie, non sans avoir confirmé la punition. Restée seule, F. se dit qu'elle ne parlera jamais de ça; puis elle se défoule en pleurant et en criant tandis qu'elle frappe le mur de ses petits poings; c'est une crise de nerfs. En fait, c'est la même crise que l'autre fois, quand elle s'était réfugiée dans un coin de mon bureau; j'en ai peut-être l'explication, tout comme j'ai l'explication de la crise de mutisme. Crise qui suggère que les comportements hystériques pourraient se rapporter à des faits déjà vécus, mais occultés, et qui émergent dans une régression spontanée, partielle, non imagée et sauvage. Son mutisme, c'était la résolution prise de ne jamais parler de l'incident, à cause des menaces de la gardienne. Il ne me manquait plus qu'une explication concernant le vilain-monsieur-qui-l'avait-touchée. Elle allait m'être donnée par la régression suivante.

touchée. Elle allait m'être donnée par la régression suivante.

Troisième régression de F.

Un viol. Eh oui! deuxième catharsis et encore un viol. C'est d'autant plus étonnant que, par la suite, je retrouverai rarement un incident du genre dans les nombreuses autres catharsis. Le hasard (!) l'aura voulu ainsi. Mais, nous allons

le voir, il s'agira cette fois de quelque chose de très différent si on le compare au cas de E. En gros, les choses se passent de la façon suivante:

F. reste un long moment sans réagir après avoir franchi la dernière porte du tunnel. Puis son visage s'anime, ainsi que ses mains. Elle semble enfin vouloir parler, mais tout s'arrête soudain. Puis, sans avertissement, elle se met à hurler et à se débattre pendant quelques instants, avant de s'immobiliser à nouveau. Je l'interroge mais elle ne répond pas. Elle émet plutôt des sons rauques à travers les lèvres serrées. Simultanément elle rejette la couverture que j'avais installée et, sous son ample jupe, elle écarte les jambes par à-coups. Elle se débat maintenant de plus en plus, mais je ne puis m'empêcher de sourire en voyant ma cliente rabaisser furtivement son vêtement chaque fois que ses mouvements en font remonter un peu le bord. Ce détail me permet de noter, un fois de plus, que la personne en régression sait parfaitement qu'elle se trouve dans mon bureau bien que, en même temps, elle se retrouve à une autre époque; elle vit donc deux moments, dans deux endroits différents et dans la même séquence: un phénomène de bilocation.

De temps à autre, elle parvient à pousser un cri, puis elle pleure. Arrive enfin une accalmie; je la vois se redresser dans le fauteuil et, les yeux toujours fermés, se pencher de plus en plus vers l'avant pour «regarder» entre ses jambes. Son comportement et les plissements de son front suggèrent qu'elle est intriguée par ce qu'elle voit. Finalement, très lentement, elle bascule le tronc vers l'arrière pour s'appuyer de nouveau au fauteuil, et referme les jambes en les allongeant

nouveau au fauteuil, et referme les jambes en les allongeant. Je vois qu'elle pense intensément et décide d'attendre que la sérénité revienne avant de l'interroger. Sans sortir de son état modifié de conscience, elle me raconte qu'elle se trouvait dans une maison inconnue, aux pièces hautes de plafond, qu'un homme est arrivé, qu'il l'a forcée à s'allonger et qu'il l'a violée. Immédiatement après, il a disparu et une dame d'âge mûr est venue près d'elle pour lui nettoyer sommairement l'entrejambes. Cette dame se trouvait déjà dans

la maison avant le viol, et F. me dit qu'elle est très gentille et très douce avec elle.

Quand ma cliente reprend sa pleine connaissance, elle est incapable de m'en dire davantage. Elle ignore qui est cet homme, et ne peut le décrire que très vaguement. Elle ignore également dans quelle maison elle se trouvait et qui était la dame qui lui est venue en aide. Par contre, elle a très bien senti les choses: la douleur entre les jambes et la main que l'homme lui mettait sur la bouche pour l'empêcher de crier. Puis, elle a vu un liquide épais et rosé qui lui maculait les cuisses. À vrai dire, je n'y crois pas à ce viol. Je veux dire que j'ai le sentiment qu'il s'agit plutôt d'un fantasme; mais je n'en dis rien à ma jeune cliente. Je me propose de voir au cours de la séance du lendemain, s'il sera possible d'obtenir une régression plus complète sur le même thème.

Je n'aurai pas l'occasion de le faire, car c'est une F. absolument ravie et pétante de bonheur que je vois arriver le lendemain. Elle m'annonce qu'elle ne souffre plus de vaginisme et qu'elle a passé une soirée extraordinaire avec son ami. Ce dernier l'a d'ailleurs chargée de me dire qu'il me rendrait visite pour me remercier de vive voix. Pour eux, un miracle s'était produit. Il me fallait donc conclure que même si la régression du viol n'était qu'un fantasme, cela avait suffi pour débarrasser F. de son vaginisme. Et, quand nous avons voulu continuer notre travail, elle a immédiatement signalé qu'il n'y avait plus de portes et qu'elle voyait une grande lueur au bout du tunnel. Sa catharsis se terminait

ainsi, elle accédait à son paysage.

Des faits nouveaux

De loin en loin, j'avais revu F. Son vaginisme était bien une chose du passé, et elle se trouvait désormais à l'aise en société: son problème existentiel était résolu. Son bégaiement s'était fortement atténué, mais il en restait des traces à certains moments; surtout quand elle communiquait avec sa mère. Je n'étais pas à l'aise quand je me remémorais ce cas,

quelque chose n'était pas clair. C'est que l'expérience m'avait appris entre-temps qu'à la base de l'occultation d'un viol on retrouvait généralement un sentiment de culpabilité. Soit que la victime ait des raisons (fondées ou non) de penser qu'elle l'aurait provoqué d'une façon ou d'une autre (c'était le cas de E.), soit qu'elle se reproche d'en avoir joui, ne serait-ce que partiellement, même en s'étant d'abord refusé cette jouissance. Étant donné que ces constats pourraient faire l'objet d'une controverse, je voulais tenter de lever toute ambiguïté avant de publier l'histoire du cas. D'autant plus que la thèse présentée ici veut montrer qu'il faut trouver tous les «pourquoi» des choses, pour espérer trouver une solution aux problèmes de santé non résolus. Dans cette perspective, et cinq ans après sa catharsis, je demandai à F. si elle accepterait de se soumettre à un interrogatoire en état modifié de conscience, comme pour une régression. Elle n'hésita pas un instant avant d'accepter, et c'est ainsi que je me rendis un jour chez elle, un magnétocassette à la main.

Cette démarche allait me procurer un document permettant d'illustrer ce que j'écrivais plus tôt: «Il y a une énigme du Subconscient: on ignore comment les souvenirs y sont classés. Est-ce par ordre d'importance, par ordre chronologique, par analogie, par genre? Certaines fois on croit pouvoir donner une réponse «preuves en main» et, oups, immédiatement après on doit observer qu'il y a erreur. Peut-

être faudrait-il supposer que chaque détail de chaque souvenir se trouve classé en plusieurs endroits en même temps, à divers niveaux de plusieurs registres? Quoi qu'il en soit, le Conscient s'y retrouve difficilement sans aide...»

Il est possible que le lecteur non professionnel de la santé trouve les pages suivantes un peu fastidieuses et sans réel intérêt. Il lui suffira de passer outre. Il est également possible que les détails fournis par F. concernant son viol soulèvent l'indignation des personnes prudes ou trop sensibles. Je veux leur dire que je ne cherche pas à faire du sensationnalisme, qu'il s'agit d'un document s'inscrivant dans

une démarche à caractère scientifique, qu'il est essentiel à la bonne compréhension des choses et que, pour ces raisons, il ne pouvait être édulcoré ou censuré. Voici donc la transcription fidèle du document sonore en question.

Le viol de F.

Elle émet comme un faible gémissement et je lui demande si elle ressent quelque chose.

«On dirait un couteau...

— Un couteau? Où ça?

— (Après une hésitation) Entre les jambes. Oh!

— Un couteau entre les deux jambes! C'est comme un couteau?

— Je ne suis pas sûre, c'est pointu et c'est long, et c'est en métal.

— Est-ce qu'il y a quelqu'un?

— C'est noir... dit-elle après quelques secondes d'hésitation.

— Qu'est-ce qui est noir? Cet objet-là, en métal...

— Non, tout est noir.

— Est-ce que tu ressens quelque chose? As-tu mal quelque part?

que part?

— Non, c'est juste là. On dirait que c'est accroché là, poursuit-elle en bégayant, puis ça ne veut pas s'enlever. C'est collé là.

— Qu'est-ce qui est collé là?

— Euh! l'affaire...

— Il est collé où? Entre tes jambes?

— On dirait que c'est tout' collé... Elle respire de façon saccadée et prend parfois longtemps avant de répondre.

— Tu as quel âge?

— Je ne sais pas... j'sais pas...

— Bon. Et cet objet pointu qui est là, que tu dis collé... Il est collé...

— Il est collé sur ma cuisse gauche...

— Est-ce qu'il y a quelqu'un qui tient ça?

— Non, il est parti...

— Il est parti... Cela veut dire que quelqu'un a apporté cet objet! Est-ce ça que tu veux dire?...

— J'me souviens pas...

— Mais en ce moment, l'objet est toujours là, collé sur ta cuisse gauche?

— Oui... J'ai froid et ça me fait mal... Et il fait noir, noir, noir...

— ...

— Puis, il y a un peu de sang à côté... pas beaucoup... puis c'est comme de la colle... Collée...

— Où ça de la colle?

— Entre mes deux jambes, je suis toute collée... (Long silence avant qu'elle continue) ... Je suis toute seule...

— Est-ce que c'est froid, cette colle?

— Non, c'est chaud; mais «l'affaire» est tout froid... (silence)... Puis, j'ai des poils d'arrachés...

— Tu as des poils d'arrachés!

— Oui, il a pris c'affaire-là pour me cou... couper des poils...

— Mais alors, ce serait une paire de ciseaux?...

— J'sais pas... Non... il y a juste une pointe et c'est bien, bien, bien aiguisé...

— Ah!... Il t'a coupé des poils où? Au pubis?

— Oouui...

— Donc, tu n'es plus une toute petite fille...

— Bien, non...

— Tu as quel âge?

— J'ai onze ans...

— O.K. Je comprends... (silence)... Est-ce que tu sens que ça fait un peu mal, là où il t'a coupé des poils?

— ... Non, j'ai, j'ai, j'ai... j'ai plutôt peur, j'ai bien peur, bien, bien peur... parce qu'il m'a dit que si j'étais pour en parler... qu'il serait pour m'ouvrir les poignets avec ça...

— Avec ça! Est-ce que c'est un rasoir?...

— Oui... mais c'est un drôle de rasoir... c'est un rasoir avec... Je vois une lame de rasoir qui dépasse, mais comme un couteau...

— Ce serait un bistouri?

— Ah! Oui c'est ça. C'est coupant comme une lame de rasoir... C'est ça que j'ai vu dans mes cours de biologie... et j'avais tellement peur... C'est ça, poursuit-elle d'une voix d'enfant étonnée.

— Alors, qui est-ce qui t'a cou...

— Ah! je l'sais, je l'sais... (elle s'exclame)... c'est un monsieur, c'est un médecin, c'est un docteur, un vrai docteur... t'sais là, un docteur qui travaille dans les hôpitaux

teur... t'sais-là, un docteur qui travaille dans les hôpitaux, un grand monsieur... grand... il a à peu près quarante ans... puis, tout le monde l'aime, tout le monde le trouve gentil... puis, un vrai docteur... puis... Oui, je le vois, un docteur... Il était gentil, mais... il aimait les p'tites filles... Puis moi, il me trouvait belle... puis il m'a dit qu'il aimait que... qu'il aimait de m'entendre bégayer... qu'il trouvait ça beau... Il a dit que ça l'excitait que je bégayais... Puis, là, il m'a lancée sur le plancher... puis, là, il a descendu ses pantalons... puis, là, j'ai vu une grosse baloune, longue puis rouge, qui sortait de ses culottes (le ton de la voix indique nettement la surprise). Elle s'exclame encore: «C'est quoi ça? C'est gros, gros, gros... c'est de plus en plus gros, puis il y a de l'eau qui sort au bout»... J'étais complètement par terre et il s'est mis à quatre pattes... Comme je bougeais, il a mis ses genoux sur mes cuisses, puis il était pesant, parce qu'il était grand... Il

m'a tenu les poignets avec ses mains, à terre... Il n'y avait personne et c'était noir... il n'y avait personne dans la maison. Ben... il y avait une femme... mais... elle était en haut... en haut, mais sa porte était fermée... je pense qu'elle était couchée... Je ne sais pas ce qu'elle faisait, mais elle n'est pas venue, elle est restée en haut... elle ne s'occupait pas de nous autres... Puis, là, je ne pouvais pas crier, fallait pas que j'crie, il m'a mis la main sur la bouche puis il m'a dit... (elle respire fort et enfle la voix)... il m'a dit: «Toi la p'tite, tu vas y goûter... Puis tu vas rester tranquille... tu ne parleras pas»... Puis, là, il a pris sa grosse baloune... J'avais, j'avais des pantalons... il a baissé mes pantalons... puis... il m'a, il m'a écarté les jambes... Il avait toujours la main sur ma bouche, et l'autre sur mon bras droit...»

Maintenant que le lecteur s'est familiarisé avec la façon dont F. s'exprime, il m'apparaît qu'il pourrait devenir fastidieux de continuer à transcrire les répétitions et les «puis, là...» dont le récit est émaillé. Sans jamais trahir le témoignage, je vais maintenant m'en tenir à une transcription plus coulante.

F. poursuit:

«Il m'a dit: «Ouvre-toi la p'tite. Ah! Tu vas m'faire jouir.» Moi, je ne comprenais pas ce qu'il faisait, j'avais peur... il essayait d'entrer sa grosse baloune dans mon zizi. Tu sais, l'endroit où j'fais pipi... J'veux pas rentrer d'baloune là-d'dans. (Le ton monte, elle crie presque). Moi j'fais pipi avec ça... j'veux pas rentrer de baloune... c'est pas correct ça, c'est pour le pipi, c'est sale et c'est bien trop p'tit. Elle commente: «Je commençais à avoir mal... parce qu'il tirait sur mes poils (!)... Ma maman ne m'avait jamais expliqué que... les messieurs avaient une baloune comme ça et qu'ils nous mettaient ça dans l'zizi. Moi je n'avais jamais compris ça.»

Maintenant elle pleure et crie en racontant:

«Il a dit: «Ah! Ces maudits poils-là... Tu ne pourrais pas te raser comme les femmes?» Je ne savais pas qu'ii fallait

raser ça, parce que, quand je fais pipi, j'ai juste besoin d'essuyer. Maman ne m'a jamais dit qu'il fallait que j'coupe mes poils. Alors, il a sorti quelque chose d'en dedans de son manteau... Il avait, je ne sais pas trop quoi... une espèce de chemise vert pâle avec bien des poches... une drôle de couleur... mais ce n'est pas une vraie chemise. Il y a trois poches et des cordons blancs. Il a fouillé dans une de ses poches et il a sorti c't'affaire-là en métal qui avait à peu près cinq pouces de long*. Il y avait comme un couvercle... Il a enlevé le couvercle et m'a dit: «Je vais t'couper ces maudits poils-là, espèce de salope...» C'est quoi une salope?... C'est quoi ce mot-là? Je n'ai pas appris ça à l'école... Moi je connais tous les mots, mais je n'ai jamais entendu celui-là. Je lui ai dit qu'il parlait mal parce que je connais les bons mots, c'est un mal élevé. Sans transition, elle change de sujet en revenant au bistouri: «Quand j'ai vu ça, qui était pointu,... et il avait l'air d'aimer ça de tenir cette chose-là... Sa baloune était encore là, t'sais. Elle était rouge encore et il y avait encore de l'eau qui sortait. Elle n'était pas dessoufflée et on dirait qu'elle était de plus en plus grosse. Tout ce que j'avais le

qu'elle était de plus en plus grosse. Tout ce que j'avais le goût c'était de lui prendre sa «patente» et de la lui couper. J'avais juste le goût de lui faire bobo, de lui faire mal à c'monsieur-là. Puis il a pris son affaire et il a commencé à me couper des poils»... Elle crie: «J'avais peur qu'il me coupe la peau avec et puis j'avais peur qu'il me coupe le zizi et que je ne sois plus capable de faire pipi... et qu'après, le pipi me sorte par la bouche au lieu de sortir par le zizi. J'avais peur d'être salie par mon pipi... parce que ça sent mauvais et ma maman va me chicaner si j'ai du pipi sur mes beaux pantalons neufs... Elle veut tellement que je sois propre; et tout à coup qu'elle découvre que j'ai du pipi sur moi!... Ça fait que le monsieur me coupait les poils. Après ça, il a mis la patente à côté et il a pris sa grosse baloune, il a forcé pour la rentrer et je ne voulais pas... Où est-ce qu'il va aller le pipi qui est en dedans?... Il va exploser, il va passer

---

* *Environ 12 cm.*

par le nombril et par la bouche»... Non, je n'veux pas avoir du pipi dans ma bouche». Elle hurle à présent: «Et le caca, lui, où est-ce qu'il va aller? Je ne veux pas avoir ça dans ma bouche... (elle crie tellement que l'enregistrement est presque inaudible)... Il a vu que sa baloune était trop grosse pour entrer, il a enlevé sa main de sur ma bouche, puis il a fait ça d'même (mouvement sec du bassin par en avant) et sa baloune elle a rentré. (Elle pleure)... je me disais qu'elle va péter, qu'elle va crever quand elle va rentrer dans moi... Non, elle est encore plus grosse, encore plus grosse... Quand j'ai vu que sa main n'était plus sur ma bouche, j'ai crié, j'ai voulu crier pour que tout le monde vienne... pour que la madame en haut vienne. Il a remis sa main sur ma bouche encore une fois, il a mis sa main dans ma bouche... j'ai voulu l'mordre mais il m'a serrée comme ça... (signe d'étranglement)... Des fois il mettait sa main sur ma gorge, des fois sur ma bouche. Il disait: «Ah! ma p'tite écœurante, tais-toi... ah! tu m'excites.» Elle reprend: «Moi je n'com-

prenais pas, il disait encore que j'étais une salope et je ne sais pas ce que c'est... Un moment donné, il s'est tout' couché sur moi; il était tellement pesant, il était deux fois plus grand que moi. Puis il a fait quelque chose... j'pensais qu'il était malade... Il a sorti sa baloune, elle était bleue, elle était toute pétée. À ce moment-là j'avais envie de faire pipi... mais je ne voulais pas le faire sur mes pantalons... J'étais toute collée, j'avais des poils tout collés...» Elle enchaîne d'une voix plus calme: «Il a pris son... son couteau... je ne me souviens pas de ce qu'il a fait... et je suis tombée sans connaissance...»

«C'était qui ce docteur? C'est quoi son nom?...

— Je ne me souviens pas de son nom. C'est un ami de ma mère et de mon père. mais il était bien fin avec tout le monde. Il aimait ça prendre les petites filles sur ses genoux. Il aimait me prendre ainsi parce qu'il aimait que je ne parle pas beaucoup. Alors il pouvait faire ce qu'il voulait avec moi, il pouvait jouer dans mes cheveux...

— Tu allais souvent chez lui?

— Il venait souvent chez moi. Mais on n'était pas chez nous... Il venait juste d'arriver parce que, quand j'étais toute seule dans l'entrée de la maison — la madame était en haut — j'ai entendu son auto.

— C'était quelle maison où tu étais?

— Ce n'était pas sa maison, c'était la maison de la madame en haut. Tout le monde était parti. Mon papa et ma maman étaient partis. La madame en haut me gardait. C'était chez un mononcle et ils étaient tous partis, le mononcle et la matante, maman puis papa, ils étaient partis, ils étaient sortis — c'était un samedi soir — ils étaient partis quelque part. Je ne sais pas si c'est un film qu'ils sont allés voir... Le docteur est arrivé; il était pressé parce qu'il était habillé comme un docteur et, quand il m'a laissée toute seule, il est ressorti dehors et il est reparti dans son auto. J'étais encore toute seule avec la madame... je ne me sou-

viens pas de ce qui est arrivé... Oui je me souviens... la madame avait une débarbouillette et elle m'a toute lavée.

— Elle t'a lavée où?

— Elle m'a lavée où j'étais toute collée. Elle a pris l'espèce de couteau et elle a dit: «Oh! il a oublié ça.» Moi j'étais bien faible, je n'étais pas capable de rien faire et je n'étais pas capable de marcher. Tout ce que je disais c'était: «J'veux faire pipi, j'veux faire pipi.» J'étais trop faible. J'avais pas bobo, j'sentais rien. La madame m'a pris' dans ses bras (j'étais bien pesante), elle m'a tout'montée les marches. Elle avait de la misère mais elle disait: «Il faut que je me dépêche avant qu'ils arrivent.» En haut, à côté de sa chambre il y avait une salle de bain et elle m'a assis' sur le bol des toilettes. Quand j'ai fait pipi, c'est là que ça m'a fait mal, ça a chauffé. Il y avait un peu de sang (elle fait un geste pour indiquer une coupure en oblique sur la cuisse gauche). Elle m'a mis un pansement là-dessus et puis elle m'a dit: «Je vais l'enlever tantôt.» Et elle a dit encore: «Oh! qu'est-ce que je vais dire à ta maman?...» Et elle me flattait les cheveux en me demandant si j'étais correcte; elle disait: «T'as

pas bobo, hein, tu es une grande fille. C'est correct, hein... Il est parti le monsieur et tu n'y penseras plus... il ne t'a pas fait bobo, il est fin, il est gentil. Il ne faut pas que tu aies peur; il est comme ça avec les petites filles mais, tu sais, je le connais bien, il est bien gentil et ta mère l'aime beaucoup. Faut pas que tu parles, non, non, non,... et tu ne diras rien. O.K.-là, tu ne diras pas ça à ta maman. Tu vas tout garder ça secret, hein, tu n'y penseras pas.» F. commente: J'étais à moitié sans connaissance et je ne savais même pas quel monsieur et je n'avais même pas bobo. J'ai dit à la madame que je voulais me coucher, elle m'a déshabillée, passé un pyjama et mise au lit. Peu à peu la voix de F. s'éteint et elle s'endort.

Souvenirs d'un autre niveau

L'enregistrement de ce que vous venez de lire a duré 25

L'enregistrement de ce que vous venez de lire a duré 29 minutes. Je suis perplexe, car on pourrait trouver dans ce récit autant d'arguments pour soutenir qu'il s'agit d'un fantasme qu'on pourrait en trouver pour affirmer que c'est un fait réel. J'ai cependant noté un détail intéressant: quand je mentionne à F. la possibilité qu'il s'agirait d'un bistouri, elle approuve immédiatement et l'on perçoit une sorte de satisfaction dans la voix, comme si elle était contente d'avoir entendu le mot juste. Elle transpose alors dans le temps pour constater que, plus tard, elle avait eu peur en voyant cet instrument pendant un cours de biologie. Mais, et c'est ceci qui mérite d'être souligné, dès qu'elle revient au récit — donc quand elle n'a que onze ans — elle n'utilise jamais le mot bistouri. Elle dit «l'affaire», «le couteau», «la patente»... Cela montre bien qu'à l'époque de l'événement elle n'avait jamais vu un tel objet et qu'elle n'en connaissait pas le nom. C'est par des détails comme celui-là que l'on comprend à quelle période il faut relier un commentaire. Et que l'on peut se faire une opinion sur la crédibilité d'un témoin!

Par ailleurs, je suis troublé en pensant au rôle joué par la dame: le bruit d'une voiture qui arrive, puis les cris de l'enfant ont probablement attiré son attention. Aurait-elle assisté au viol? Elle n'est pas intervenue et, pour une raison

inconnue, elle montre beaucoup d'indulgence pour l'homme. Est-il un parent ou un amant? On peut se le demander? Je décide donc de poursuivre l'interrogatoire pour tenter d'éclairer ma lanterne. En voici les extraits pertinents. Nous verrons que les perceptions de F. sont d'un autre niveau, au-delà d'impressions superficielles.

J'ai donc laissé F. dormir pendant quelques minutes pendant que je réfléchissais. J'enchaîne ainsi:

«Voilà que tu te réveilles le lendemain. Dis-moi ce qui se passe dans ta tête quand tu te réveilles?...

— Je suis correcte. Il fait beau et tout le monde est en bas, ils sont en train de déjeuner...

— Est-ce que tu te souviens de ce qui est arrivé hier

soir?

— Il n'est rien arrivé hier soir!

— Non?

— Bien non!... Pourquoi, il est arrivé quelque chose?...

— Non, je te demande ce que tu as fait hier soir.

— J'ai regardé la télévision. Puis... euh... euh... ma tante... ma tante... (elle cherche un nom)... ma tante était en haut dans sa chambre, puis moi j'étais dans le salon en bas... puis là,... puis là,... (elle hésite longuement, sans trouver ce qu'elle cherche dans sa mémoire)... Ma tante est venue en bas. Elle m'a dit qu'il était temps de me coucher, il est tard. J'ai dit: «Ah! oui ma tante.» Je suis montée dans ma chambre et je me suis couchée.

— Avant de te coucher, as-tu fait ta toilette?

— Ben, j'ai fait pipi... puis j'ai bu un verre d'eau... je me suis couchée...

— Quand tu dis «ma tante», est-ce que c'est ta vraie tante?

— Non, non, c'est une amie de ma mère mais on l'appelle tout' ma tante parce qu'elle est tellement fine.

— Et alors, en ce moment tu es chez vous?

— Ben non, j'suis encore chez la matante et ils sont tous en bas, en train de déjeuner. Ils faisaient du bruit et ça m'a réveillée. Je vais aller déjeuner avec eux et cet après-midi on va s'baigner...

— Vous allez vous baigner où?

— Dans la rivière, à côté.

— Dans quelle rivière?

— J'sais pas, une belle rivière... C'est la rivière des Prairies.

— Tu es dans quelle ville?

— C'est euh! Sainte-Rose! C'est pas c'est

C'est... euh... Sainte Rose... C'est pas... c'est une p'tite île. Je sais que mon père a dit, quand on y allait en auto, que c'est près de Sainte-Rose, mais c'est une petite île...

— Donc tu es en pleine forme et de bonne humeur ce matin-là?

— Oui, ben oui...

— Très bien, nous allons quitter cette époque-là.»

Le lecteur aura compris que je cherchas à vérifier si l'occultation s'était faite immédiatement après l'événement ou pendant la nuit. La réponse est claire me semble-t-il. J'avais arrêté le magnétocassette. Ai-je oublié de le remettre en marche quand j'ai poursuivi l'interrogatoire? Toujours est-il que l'enregistrement se poursuit ainsi:

«Tu me dis quoi? Que c'est ta tante...

— Ma tante... (elle donne un prénom de cinq lettres).

— C'est la madame qui te gardait ou ta vraie tante?

— La madame qui me gardait.

— Tu te souviens de ce gentil docteur, qui est l'ami de tes parents?

— ...

— Que ta maman aime bien et qui te prend quelquefois sur ses genoux et qui te caresse les cheveux...

— ... Il n'a pas de nom...

— Comment est-ce qu'on l'appelle quand il vient?

— Mon oncle.

— Toi, tu l'appelles mon oncle. Et tu l'aimes bien?

— Oh! oui... il a toujours des beaux cadeaux.

— Où est-ce qu'il travaille?

— Dans un gros, gros hôpital. Tu sais, le gros hôpital où je vais pour mes oreilles... Il opère les madames et les messieurs, et ma mère dit que pour faire ça il faut qu'il soit

bien intelligent; il a fallu qu'il aille à l'école longtemps, longtemps, longtemps... Il n'est pas marié...

— Et il n'a pas de nom!...

— Je n'sais plus comment il s'appelle...

— Quand ta maman ou ta tante lui parlent, elles l'appellent comment?

— J'veux pas l'dire...

— Comment?

— J'veux pas l'dire.

— Pourquoi?

— ... (long silence)... j'ai peur de m'tromper, mes parents connaissent d'autres amis qui sont docteurs...

— Est-ce qu'on l'appelle par son prénom?

— Je pense que c'est... (un prénom composé), mais je ne suis pas sûre.

— Ce n'est pas important. Aimerais-tu te reposer?

— ... Je suis sûre que c'est... (même prénom). Je pense que je n'ai jamais entendu son premier nom.

— Très bien, repose-toi maintenant.»

Après une autre interruption de l'enregistrement, l'on entend ma voix qui interroge:

«Tu dis que tu as honte d'avoir été violée à onze ans...

— Oui.

— Et tu ajoutes que, si tu avais été moins fine avec le monsieur, peut-être qu'il ne l'aurait pas fait...

— Oui. Puis ce qui se passe... c'est que... quand il est venu dans moi, j'ai juste eu mal au début... puis, à un moment donné, j'aimais ça... puis, après ça, j'ai juste eu mal quand j'ai fait pipi... puis j'avais juste mal parce qu'il m'avait coupé les poils et qu'il m'avait touché la cuisse avec

il avait coupé les poils et qu'il lui avait touché la cuisse avec son couteau. Mais je n'avais pas mal à cause qu'il m'avait pénétrée, parce que... parce que... il m'avait même dit: «Tu es faite grande pour ton âge»... il parlait de mon zizi... J'ai même aimé ça, même s'il me faisait peur et qu'il me faisait mal en me mettant la main sur la bouche et tout ça, j'avais ben, ben peur... J'avais pas bobo en d'dans...

— Tu avais quoi en dedans?

— J'avais pas bobo en d'dans, j'avais juste bobo dehors mais pas en d'dans... y m'faisait pas mal en d'dans...

— Alors, tu sentais quoi en d'dans?

— Ben, j'aimais ça même, un p'tit peu... Puis, après ça, plus tard, quand j'ai r'vu l'monsieur, j'étais pas fâchée contre lui... j'étais un p'tit peu moins fine avec lui, mais j'me cachais pas quand y v'nait chez nous... j'étais pas fâchée, j'lui parlais quand même... comme si y m'avait rien fait'...

— Oui, mais quand il venait chez vous après, et que tu lui parlais, savais-tu ce qu'il t'avait fait?

— J'pensais tout le temps qu'il m'avait fait' un cadeau... qu'il avait été fin avec moi... J'savais qu'il m'avait fait bobo, mais j'savais en même temps qu'il m'avait fait un cadeau*.

---

* *Après l'enregistrement, elle m'expliquera qu'elle faisait ainsi référence au plaisir ressenti mais que son souvenir conscient ne lui permettait pas de le savoir.*

— Tu savais qu'il t'avait fait bobo. Mais, comment?... et où?...

— Quand il s'est allongé sur moi, ça n'faisait plus bobo, c'était l'fun...

— Ah oui!

— Et puis... (long silence)

— Est-ce que tu ressens ça en ce moment, le fun que ça

faisait?

— Oui...

— Essaie de décrire ce que tu ressens.

— Au début, il était méchant avec moi, il voulait me faire mal et il me disait des bêtises, puis après ça, il était fin, fin avec moi... y voulait même me donner un bec. Il a dit qu'il allait me donner d'autres cadeaux et il est reparti.

— Il t'a donné un cadeau? Qu'est-ce qu'il t'a donné à ce moment-là?

— Il a dit qu'il m'en donnerait plus tard, qu'il n'en avait pas avec lui...

— Oui, mais...

— C'est pour ça, je ne l'ai jamais dit à ma mère puis à mon père... parce qu'il m'a dit qu'il serait pour me donner des cadeaux si je l'disais pas.

— Quand tu le voyais, avais-tu eu envie qu'il fasse encore la même chose avec toi?

— J'sais pas, parce qu'il m'avait fait tellement bobo que j'voulais pas avoir bobo encore. Et j'avais eu tellement peur... mais... en même temps je voulais avoir des cadeaux et j'voulais qu'il soit fin avec moi, puis qu'il soit doux avec moi comme il avait été à la fin... t'sais?...

— Quand tu as aimé ça?

— Oui, j'ai dit: «J'veux plus avoir bobo comme ça.»

— Bon, et après... quelques années après, quand tu as rencontré un garçon qui était fin avec toi, que tu aimais

beaucoup, qu'il t'a caressée à la même place... et qu'il a voulu faire la même chose que le monsieur... qu'est-ce qui arrivait?

— J'avais bobo et j'avais peur... mais j'avais hâte en même temps. J'avais bobo, bien bobo, j'avais hâte mais j'avais encore plus bobo et je disais non. Sinon je me disais:

«Laisse-le faire, mais tu vas avoir bobo tout l'long.» Je décidais que j'aurais bobo tout'long et j'avais bobo tout l'long.

— Et après que tu es venue me voir et que tu as retrouvé le souvenir du viol?

— Ça ne faisait plus mal.

— La pénétration était facile et c'était seulement agréable?

— Oui.

— Et cela a toujours été comme ça depuis?

— Oui.

— Donc, on peut dire que tu as été complètement guérie de ton vaginisme dès que tu t'es souvenue du viol!

— Oui. Que je me suis souvenue que ça faisait bobo.»

Commentaires

Pendant sa catharsis, F. avait eu une perception globale, à grands traits, de son viol. Ce récit donnait le sentiment qu'elle avait été une victime apeurée et que le «pourquoi» de son vaginisme reposait sur un souvenir occulté par la terreur. Peu de détails avaient émergé, mais cela avait quand même suffi pour la «guérir». Nous venons de voir que le même souvenir avait été classé de façons différentes à deux autres niveaux du Subconscient, et que le véritable «pourquoi» de l'occultation était finalement un sentiment de culpabilité né du fait que, en dépit du caractère odieux de l'agression, elle avait éprouvé un certain plaisir. C'est de ce plaisir qu'elle se punissait en décidant que ses relations sexuelles seraient compromises par la douleur. D'où le vaginisme.

C'est pour illustrer la complexité des fluctuations émotives qu'il m'a paru nécessaire de publier intégralement le document enregistré cinq ans après la catharsis. Également pour montrer combien les instincts fondamentaux (Inconscient) sont toujours présents en nous, et qu'ils se manifes-

tent à l'insu de notre vouloir. Cela conduit à constater combien il est risqué de porter jugement sur un cas en se référant à des modèles théoriques. Je crois que jamais personne ne pourra valablement prétendre comprendre tout de ce qui se passe dans l'esprit des autres en procédant à des observations ou en recourant à des tests de classification. C'est au niveau du Subconscient que se trouve l'intégrale connaissance des choses, et il n'y a que l'individu concerné qui puisse y aller voir. Encore faut-il que cet individu soit capable d'admettre que son Conscient n'est pas tout-puissant, et qu'il est loin de gouverner ses comportements comme veut le faire croire notre socioculture cartésienne. Le raisonnement, la détermination, l'esprit d'entreprise et de décision, l'accumulation de savoirs cloisonnés sont censés créer des modèles humains merveilleusement articulés, hautement civilisés. Mais il est impossible d'ignorer le revers de la médaille, c'est-à-dire l'installation des innombrables maladies de civilisation que sont les affections psychosomatiques: hypertension artérielle, ulcères, asthme, urticaire, insomnie, fatigue... La réalité, que je veux montrer ici, c'est que notre Conscient cherche à nier l'énorme poids de notre Subconscient et de notre Inconscient jumelés. Tellement jumelés que beaucoup d'auteurs scientifiques les confondent encore sous l'appellation générale d'Inconscient, qu'il faut alors comprendre dans le sens de «hors du conscient», comme j'ai eu l'occasion de le souligner plus tôt.

Nous avons pu vérifier, jusqu'ici, à quel point la partie cachée de notre expérience de vie peut influer sur nos comportements, et par quels subtils mécanismes psychiques cet inconnu de nous-même conduit aux maladies psychosomatiques. Et je crois avoir montré que la catharsis est un extraordinaire instrument thérapeutique qui permet à un

individu d'aller à la rencontre de lui-même, afin de se libérer d'affects qui gouvernent à son insu des comportements destructeurs. Le troisième cas que j'ai eu l'occasion d'aborder sous cet angle devrait, me semble-t-il, compléter la démons-

tration.

La catharsis de G.

J'ai devant moi un homme de trente-six ans, un costaud, ayant — comme il le dit lui-même — tout pour être heureux: une bonne épouse, des enfants dynamiques et en santé, un emploi stable qui lui permet de se payer une maison. Et il pleure. Il a, paraît-il, toujours été peureux: peur des morts, peur dans le noir, peur des autres. Il signale des maux de tête persistants et se dit hanté par l'idée du suicide qui, seul, pourrait mettre fin à ses tourments. Sa peur est entretenue par un cauchemar répétitif dont il ne connaît jamais qu'un fragment: il voit une masse sombre, homme ou animal, allongée sur une véranda non identifiée. Et la vue de cette forme allongée lui donne chaque fois des sueurs froides qui provoquent son réveil. Il faut alors qu'il donne de la lumière dans toutes les pièces de la maison, puis qu'il inspecte les alentours en passant d'une fenêtre à l'autre. L'anamnèse, l'histoire du cas, m'apprend encore qu'il souffre d'ulcères gastriques; il se plaint d'une «pression» au centre de la cage thoracique et d'une tension quasi permanente dans la nuque. Deux faits du passé retiennent son attention. Le premier concerne la mort de son père, quand G. avait quatre ans et demi. Sa mère lui a plus d'une fois raconté qu'on l'avait trouvé, lui l'enfant, tirant le cadavre par les cheveux en le suppliant de se réveiller, et qu'il avait beaucoup pleuré et protesté en comprenant que son père ne serait jamais plus présent. L'autre fait remontait à six mois à peine: un accident mortel dans lequel il avait été impliqué bien malgré lui. Il conduisait son poids lourd sur une route en pente, dans une zone à vitesse limitée, quand une voiture le dépassa sur sa gauche pour immédiatement se rabattre devant lui. L'enquête avait établi que le conducteur de l'au-

tomobile, arrivant chez lui, avait stupidement accéléré pour dépasser le véhicule conduit par G., et coupé devant lui en se rabattant vers la droite afin d'accéder à sa propriété. La col-

rabattant vers la droite afin d'accéder à sa propriété. La collision était inévitable. Un passager, assis à côté du conducteur de l'automobile, avait été tué sur le coup.

Bien qu'il ait été dégagé de toute responsabilité, G. ne s'était jamais remis du choc nerveux éprouvé à cette occasion. Depuis ce temps, il était suivi par le même médecin de famille qu'il voyait déjà pour son ulcère. Un repos de plusieurs jours lui avait été prescrit et il avait à prendre des tranquillisants. Sa dépression s'accentuait avec le temps; les médicaments, renouvelés puis changés, n'arrivaient pas à lui faire surmonter sa détresse. C'est pourquoi il s'était finalement décidé à venir me consulter. Il avait présents à l'esprit tous les détails de l'accident, et décrivait parfaitement son hébétude en voyant le cadavre coincé dans l'auto. Il se lamentait du fait qu'il y avait eu mort d'homme, alors que c'était son tout premier accident; il se torturait chaque soir en essayant d'imaginer ce qu'il aurait pu faire pour éviter la collision. Dans l'immédiat, son plus gros problème était qu'il dormait mal. Il avait l'impression que son état dépressif s'atténuerait s'il parvenait à bien dormir pendant quelques nuits.

Par chance, G. était un sujet privilégié qui répondait sans difficulté à la suggestion. Après une détente très réussie, je lui suggérai donc qu'il dormirait parfaitement la nuit suivante, en précisant qu'il ne serait pas porté à repenser à l'accident. Pendant quelques jours, il retrouva effectivement un sommeil plus paisible; il était beaucoup moins porté à penser au passager mort. Après avoir revu ce client deux ou trois fois, je dus me rendre à l'évidence que la suggestion avait progressivement moins d'effets, et je le retrouvai à nouveau très déprimé et suicidaire. Le cas paraissait de plus en plus sérieux et, n'eût été la toute récente trouvaille de la catharsis, je n'aurais pas su quoi faire pour aider cet homme désespéré. Son médecin se sentait, lui aussi, démuni devant ce patient chez qui la médication n'agissait plus. Je

proposai donc à G. de se soumettre à une catharsis qui, en

gros, se résume en six régressions.

Première régression de G.

Il a quatre ans. Bien que cela lui ait été formellement interdit, il décide d'aller jouer dans le poulailler qui jouxte une resserre, de l'autre côté de la cour de la maison paternelle. Sa petite taille ne l'empêche pas de soulever la clenche de la porte, mais l'intérieur est en contrebas et, une fois le seuil descendu, il est trop petit pour atteindre à nouveau le système d'ouverture qui lui permettrait de sortir. La porte se referme derrière lui, le voilà prisonnier. Un coq hargneux règne sur la basse-cour, il a déjà attaqué le père de l'enfant. Ce dernier réalise soudain qu'il est à la merci du vindicatif volatile, et il prend peur. Il s'élance vers une échelle qui conduit à un petit grenier; mais il est à peine arrivé à gravir quelques échelons quand le coq se met à voleter vers lui pour le piquer aux jambes. Terrorisé, l'enfant tente d'éloigner l'agresseur à coups de talon, l'échelle glisse, il lâche prise et s'évanouit avant même d'atteindre le sol. Il revient à lui dans les bras de son père, mais il reste hébété et ne pleure pas. L'émotion a été trop forte pour lui, il a immédiatement occulté le souvenir de sa panique. En fait, il vient d'enfermer cette panique au plus profond de son Subconscient, et c'est elle qui sera à l'origine d'autres peurs suivies d'occultations automatiques, comme nous allons le voir.

Deuxième et troisième régressions de G.

Il a cinq ans et demi. Dans la resserre, il s'amuse à escalader un tas de bûches de bois de chauffage, cordées selon la tradition. Son père est mort depuis un an, et l'enfant tient peu compte des interdictions faites par sa mère. Il n'est pas conscient du danger, d'autant plus qu'il joue depuis plusieurs minutes à monter et à descendre et que les bûches superposées tiennent le coup. Puis, patatras! le fragile édifice s'écroule et, en même temps que G. saute pour éviter

d'être blessé, un énorme rat sort de dessous le bois. L'enfant retrouve son réflexe d'occultation pour échapper à la peur.

Il a maintenant sept ou huit ans. Il est assis dans la cour et joue dans la boue. un brouhaha venant de chez les voisins lui fait lever la tête, et il voit un cheval emballé (à l'épouvante, comme dit G., qui arrive droit sur lui. De nouveau, il s'évanouit sous l'effet de la terreur. En régression, il décrit la chose comme s'il voyait le cheval arriver au ralenti, et le martellement des sabots comme des coups sourds qui lui résonnent dans tout le corps.

Trois peurs d'enfant. Trois événements mineurs qui n'auraient, normalement, pas dû donner lieu à des occultations. Chacun pourrait probablement se souvenir d'avatars du même genre et, pour cela, être porté à trouver les frousses de G. puériles et excessives. Ce qui est vrai pour la majorité peut ne pas l'être pour tous. Les incidents que je viens de rapporter montrent que G. avait, au départ, une faible résistance congénitale à certaines émotions fortes. Il faut surtout retenir l'affaire du coq, et inférer que l'occultation s'est produite essentiellement parce qu'il avait un sentiment de culpabilité. Quand il va vers le poulailler, il sait qu'il enfreint une loi édictée par son père, il est en tension émotive; une tension qui ne manque d'ailleurs pas d'attrait, puisqu'elle engendre le plaisir de surmonter un interdit. Mais le coq attaque et voilà l'enfant qui, dans l'impossibilité de fuir ou de se défendre adéquatement, cède à la panique. La tension émotive est devenue trop forte, il est incapable d'accepter ce qui arrive par sa faute, et fuit l'insupportable réalité en s'évanouissant: il occulte. Ainsi, à son insu, il vient d'installer un réflexe qui jouera dans l'avenir chaque fois qu'il ne pourra surmonter sa peur, avec ou sans culpabilité associée.

Avec le cas de G., nous avons l'occasion d'illustrer concrètement l'exposé théorique fait à l'aide de figures à la page 37. Nous y avons vu que le Subconscient emmagasine les expériences et les connaissances dont le Conscient n'a pas un besoin permanent et nous y voyons, tout au fond, une

zone où sont stockés les souvenirs occultés. Nous devons donc bien distinguer entre ce qui est simplement oublié et ce qui est occulté, puisque ce qui est oublié reste un acquis qui enrichit indirectement notre savoir, alors que ce qui est occulté affecte nos comportements. Voyons ce que cela signifie concrètement.

Nous avons vu comment et pourquoi G. a installé un réflexe d'occultation et nous verrons plus loin qu'elles en seront les conséquences négatives. Cependant, six mois après l'affaire du coq, il n'occultera pas une émotion pourtant théoriquement plus forte: la mort de son père. Il ne comprend pas et il n'accepte pas cette mort, mais il vit sa douleur en criant, en pleurant, en se révoltant; il agit au lieu de s'inhiber, il intègre l'événement au lieu de l'occulter. Bien sûr, il ne se souvient pas de cela, il n'en sait que ce que sa mère lui a raconté; mais cet incident n'émergera pas en cours de catharsis, pour la bonne raison qu'il n'en aura pas été anormalement affecté. À l'inverse, après l'incident avec le coq, il ne réagit pas: il reste hébété, il ne pleure pas. Au lieu de faire face à la réalité pour l'intégrer dans son expérience de vie, il la nie et l'enfouit au plus profond de son Subconscient. Il ne réagit pas, puisque rien ne lui est arrivé!! Ce qui précède permettra au lecteur de comprendre pourquoi l'on cherchera toujours à faire réagir quelqu'un qui, sous l'effet d'un choc émotif violent, reste amorphe, comme absent. En intervenant immédiatement, il est parfois possible d'amener cette personne à accepter de prendre conscience de ce qui se passe et, croyez-moi, des larmes abondantes et même une crise de nerfs peuvent alors être grandement salutaires.

Quatrième régression de G.

Je vais décrire ici brièvement une régression que les chercheurs auront l'occasion de voir intégralement, puisqu'elle a été enregistrée par magnétoscopie. Elle est visuellement saisissante de réalisme bien que l'événement en soi n'ait rien de très spectaculaire. Il faut se rappeler que G. a trente-six ans au moment de la catharsis et qu'il déclare que

l'accident mortel d'il y a six mois est son premier accident. Il ne sait donc absolument rien de ce qui lui est arrivé quand il avait dix-huit ans. Il avait toujours rêvé de conduire un camion. Dans cette perspective, il s'était fait engager dans une boulangerie comme préposé au pétrin en attendant d'atteindre l'âge légal lui permettant de conduire. Pour qu'il puisse devenir chauffeur d'un camion de livraison, il avait fallu que, le moment venu, sa mère donne son aval afin qu'il puisse obtenir d'être couvert par une police d'assurance. Cela fait, notre jeune homme était heureux comme un roi au volant de son véhicule puisque son rêve d'enfant prenait consistance. Très vite, il fut à l'aise dans ce travail; il vivait des jours sereins. Le boulanger possédait deux camions de livraison qui faisaient quotidiennement leur tournée respective. Les deux chauffeurs prirent l'habitude d'engager des paris pour récompenser celui qui finirait sa tournée le premier; le patron n'avait jamais eu d'employés aussi zélés! L'on devine la suite. Roulant trop vite sur un chemin empierré, G. perdit le contrôle de son véhicule dans un tournant et se retrouva, après quelques tonneaux, coincé dans sa cabine. Il finit par s'extraire de sa fâcheuse position en passant par le pare-brise, défoncé, mais il avait dû perdre connaissance juste après, puisqu'à un certain moment il signale que plusieurs personnes l'entourent. Il n'est pas blessé, à l'exception d'une luxation au pouce droit. Quand on lui suggère que l'accident est arrivé parce qu'il roulait trop vite, il nie énergiquement à plusieurs reprises et il niera encore quand il devra affronter le représentant de l'assurance et les policiers. Mais à moi, alors qu'il est toujours en régression, il fait oui de la tête quand je lui pose la même question.

Au cours de la nuit qui suit l'accident, il fait un cauchemar et je lui vois revivre les mêmes mouvements du corps qu'il avait eus pendant que son véhicule basculait. Le lendemain, il se plaint de céphalées qui, dit-il, sont consécutives à l'accident, mais cela compte peu à côté du drame qui se noue en lui quand sa mère refuse de le cautionner encore auprès de la compagnie d'assurance: il est au désespoir, il ne pourra

plus conduire et, dans son for intérieur, cela signifie que jamais plus il ne pourra conduire un camion. Son rêve vient de s'écrouler et, quelques jours plus tard, il se retrouve dans la boulangerie, préposé au pétrin, pour un patron qui lui reproche de le mener à la ruine. Ce qui amplifie son sentiment de culpabilité.

Au cours de cette expérience, je suis à nouveau estomaqué par le fait que le sujet en régression semble tout ignorer de ce qui a été sa vie après l'événement où il est plongé. Quand G. est si désespéré à l'idée qu'il ne conduira jamais plus un camion, il ignore totalement que ce sera pourtant son travail au cours des années suivantes. Bien entendu, je ne suis plus étonné par ce curieux phénomène après tant et tant de cas traités ainsi, mais au début c'est très difficile de s'ajuster à la réalité de l'autre car, s'il répond aux questions posées pendant qu'il décrit un événement, c'est qu'il sait, en toute logique, qu'il est dans mon bureau, plusieurs années après. Et pourtant, ces années sont tellement peu présentes à son esprit que si je lui demande à brûle-pourpoint de me dire, par exemple, quel travail il fera quand il aura vingt ans, il sera incapable de répondre et il arrivera même qu'il me fasse remarquer: «Comment puis-je le savoir, je n'ai que dix-huit ans?» ... alors qu'il en a en réalité trente-six au moment où nous nous parlons.

Cet incident avec le camion de livraison de la boulangerie vient ancrer dans l'esprit de G. un énorme sentiment de culpabilité. À partir de ce moment, il ira dans la vie se comportant et réagissant en tout comme un coupable, même s'il ne ressent pas consciemment ce sentiment de culpabilité. On comprend dès lors aisément que cet homme soit devenu un peureux chronique, souffrant de céphalées et d'ulcères d'estomac. Malgré tout, il fonctionnera à peu près normalement aux yeux de sa femme, de ses enfants, de ses employeurs ou de ses médecins. Personne ne peut savoir que cet homme est hypothéqué, qu'il est à la merci d'émotions ou d'incidents mineurs capables de le perturber gravement, tant biologiquement, que mentalement.

Cinquième et sixième régressions de G.

La cinquième, citée pour mémoire, vaut d'être retenue du seul fait qu'elle explique la phobie des morts que G. signalait; elle montre bien la différence d'incidence que peuvent avoir un souvenir oublié ou un souvenir occulté. Nous l'avons vu, G. a intégré la mort de son père et, s'il en a oublié le souvenir, c'est probablement parce qu'il n'avait alors que quatre ans et demi. Quoi qu'il en soit, sa phobie ne date pas de cette lointaine époque. C'est arrivé beaucoup plus tard, alors qu'il était déjà marié, je crois. Il conduisait un poids lourd (évidemment) quand il est arrivé à hauteur d'un attroupement qui se formait. Il vit alors le cadavre d'un pompier qui grésillait au bout d'un fil électrique répandu sur le sol. L'horreur de la scène eut un effet immédiat sur G. qui, incapable de supporter cela, prit la fuite dans une occultation; son vieux réflexe avait joué. Depuis ce temps, il était incapable d'aller saluer une dépouille mortelle, même exposée avec le raffinement que l'on sait, dans une résidence funéraire.

C'est la sixième et dernière régression qui allait, comme c'est la règle, conduire G. au bout de son tunnel. Cette fin de catharsis a, elle aussi, été enregistrée en vidéo, et toutes les personnes qui ont eu l'occasion de voir ce document (médecins, psychologues, chercheurs...) ont assisté à l'extraordinaire cheminement d'un homme qui émerge du cocon où il était enfermé sans le savoir depuis plus de trente ans. Et c'est chaque fois un grand éclat de rire qui clot le visionnement quand G., après avoir décrit combien il se sent à présent dégagé, léger, heureux, libéré de ses entraves psychiques, quand G., dis-je, s'exclame en guise de conclusion: «Je me sens tellement bien que, même maintenant que c'est fini, je paierais pour rester encore ici.» Cela est dit avec tant de lumière et de plénitude dans les yeux que l'on ressent physiquement l'immensité de sa délivrance.

Au fait, cette dernière régression? C'est l'explication toute banale du fameux cauchemar répétitif. G. a dix-sept ans quand cela arrive un soir d'été sans lune. L'histoire ne

dit pas ce qu'il a fait pendant la soirée, elle commence au moment où il arrive chez lui à l'heure approximative du coucher. En approchant de la maison, il voit une forme allongée sur la véranda, en travers de la porte d'entrée. Il panique immédiatement et court se cacher derrière un coin du poulailler que nous connaissons. Il sait que son frère aîné ne devrait pas tarder à rentrer à son tour, et il attend dans le noir sans même oser risquer un œil pour essayer d'identifier la chose qui gît près de la porte. C'est exactement ainsi que les choses se passent dans son cauchemar, et c'est toujours ici qu'il s'éveille en sueur. C'est donc à partir de maintenant que nous entrons dans l'inconnu. Nous sommes à la fin du mois d'août, les soirées sont fraîches et G. grelotte en attendant son frère, mais il ne sait si c'est de froid ou de peur! Après un temps qui a paru très long au jeune homme, son aîné arrive et lui demande pourquoi il ne rentre pas. L'autre réplique que c'est justement ce qu'il se proposait de faire... et, à pas mesurés, il suit son frère d'aussi loin que possible, anxieux de savoir ce que ce dernier va découvrir. Il le voit se pencher sur la forme, la secouer puis la houspiller en lui disant d'aller cuver son vin ailleurs. Ouf! ce n'était que ça. Maintenant, G. arrive à hauteur du dormeur; il reconnaît un voisin dont il me donne le nom en expliquant que ce dernier, quand il a bu, tente de faire la cour à sa mère qui, l'on s'en souvient, est veuve depuis bientôt treize ans. Ainsi, ce n'était que cela! Et pourtant. Pourtant c'est un incident aussi banal qui venait hanter G. nuit après nuit. Pourquoi? Je crois qu'il faut, dans un cas comme celui-ci, considérer que le cauchemar répétitif est une douleur morale agissant à l'égal d'une douleur physique, comme un signal d'alarme qui oblige à intervenir. L'importance de l'incident que nous venons de connaître apparaît mieux si l'on constate qu'il arrive au dernier rang des régressions alors que, chronologiquement, on l'aurait trouvé avant l'accident du camion de livraison et la mort du pompier.

Il me semble indéniable que la peur générée par la vision d'une masse sombre sur la véranda était un écho

amplifié des peurs de l'enfance (coq, rat, cheval). G. ne dit-il pas qu'il ignore, dans son cauchemar, s'il s'agit d'un homme ou d'un animal? Il est en tout cas certain que c'est après avoir pris connaissance de cela que notre homme a intensément ressenti sa libération. L'incident de la véranda nous apprend, en outre, que l'occultation d'un événement peut n'être que partielle; il m'arrivera effectivement par la suite de constater que l'occultation peut concerner un seul détail d'un événement que l'on croyait parfaitement connaître.

S'il faut épiloguer sur le cas de G., on constate que cet homme avait vécu pendant trente-cinq ans sans trop de problèmes, pas plus que bien d'autres en tout cas; son ulcère et ses maux de tête étaient les seuls signes apparents signalant que quelque chose le perturbait. Il aurait pu ainsi cheminer cahin-caha en demandant que l'on traite ses problèmes de santé imparfaite; il serait simplement devenu un autre consommateur de pilules en perpétuel mal-être. Ses affects mijotaient au fond de son Subconscient, le conduisant vers une détérioration de sa santé progressive mais inéluctable. Il aurait donc pu être semblable à des millions d'autres qui font la fortune des laboratoires pharmaceutiques. Mais le voilà soudain impliqué dans un accident; en un instant tout change, de la même façon qu'un volcan qui sommeillait explose: une grave dépression nerveuse s'installe et aucune médication n'arrivera à l'en sortir. Au contraire, la seule issue qui semble lui rester, c'est le suicide. Pourquoi? Tout bêtement parce que, à l'insu de son Conscient — donc à l'encontre de tout raisonnement —, il se considère coupable de la mort du passager de l'automobile. Ce sentiment de culpabilité, parfaitement illogique, était en fait celui qu'il avait enfoui depuis l'âge de dix-huit ans (il avait eu un accident parce qu'il roulait trop vite afin de gagner un pari). C'est ce sentiment qui remonte soudainement à la surface et qui porte G. à se trouver coupable de la mort d'un homme. Jour après jour, il se torture à imaginer qu'il aurait pu éviter cette mort d'homme s'il avait simplement consenti à ralentir

quand l'automobiliste le dépassait. Puis une question plus insidieuse encore s'installe: ne roulait-il pas plus vite, ce jour-là, que la vitesse limite permise? N'avait-il pas déjà menti sur le même sujet?... Et, même, n'aurait-il pas accéléré pour narguer l'autre?... Bref, l'on peut imaginer les réactions en chaîne qui ont dû se produire dans l'esprit de G. Avec, bien entendu, l'inévitable conclusion selon laquelle il était entièrement coupable de l'accident; même si l'enquête officielle l'avait disculpé.

Parlant de réactions en chaîne, il faut se rappeler que tout avait commencé pour G. dès l'âge de quatre ans: l'installation du réflexe d'occultation pour échapper à la peur et au sentiment de culpabilité. Puis cet accident (occulté) avec le camion du boulanger, qui vient renforcer sa conviction d'être coupable suivi, quelques années plus tard, par l'affaire du pompier (également occultée) qui génère la phobie des morts. Mentalement équipé de cette façon, le brave homme ne pouvait absolument pas échapper à l'effondrement nerveux quand, au hasard de la route, il avait été confronté avec tous ses affects en même temps!

Premières conclusions

Après les trois premières catharsis, nous savons de quoi il retourne. Nous avons appris comment et pourquoi certaines personnes occultent le souvenir d'événements qu'ils sont incapables de comprendre ou d'accepter au moment où ils se produisent. Nos exemples ont montré ce que de nombreux autres cas ont confirmé par la suite, à savoir que la première occultation se produit en bas âge (généralement entre trois et six ans) et qu'il faut alors s'attendre à la répétition du phénomène à l'occasion d'autres émotions fortes. En cela, il n'y a rien de vraiment nouveau pour les spécialistes. Ce qui est nouveau — la trouvaille qui justifie le présent ouvrage — c'est le fait que pour la toute première fois l'on peut savoir si tous les événements occultés ont été débusqués. C'est donc le tunnel et ses portes qui, inscrits dans ce que l'on doit appeler l'esprit, sont le fil conduc-

teur et les jalons que le Subconscient sait devoir être suivis et explorés. Le cheminement thérapeutique ne peut se faire autrement qu'en respectant le rythme de chaque individu, et le thérapeute n'est pas le maître d'une démarche qui est généralement complète au bout de trois à cinq semaines.

Ce que l'on retient surtout des cas exposés, c'est que l'individu devient sa propre victime; les affects enfouis au plus profond de son Subconscient agissent à son insu et affaiblissent son système immunitaire. Peuvent alors s'installer des problèmes de santé physique et mentale; problèmes que la médecine à elle seule ne peut résoudre. Il ne s'agit pas, en faisant ce constat, de dévaloriser ou de minimiser l'art médical, cela conduit seulement à en mieux connaître les limites.

Les cas exposés ont donc mis en évidence le rôle du psychisme dans l'installation des problèmes de santé, confirmant l'hypothèse de départ de Freud*, à savoir que «le malade sait tout de ce qui est indispensable à sa guérison mais il ne veut pas ou ne peut pas le dire.» Encore fallait-il, cela constaté, trouver un moyen de le lui faire dire... La psychanalyse n'a malheureusement pas trouvé ce moyen et c'est Freud lui-même qui en fait implicitement l'aveu. «On ne trouve jamais sous sa plume, écrit Raymond de Becker (9-124), les espoirs messianiques formulés par certains disciples enthousiastes et trop pressés. Il se borna à déclarer qu'on pouvait s'estimer heureux lorsqu'on parvenait à transformer la misère hystérique en malheur banal, à permettre au patient de récupérer les facultés d'agir et de jouir de l'existence. De manière générale, Freud se croyait capable de soulager, sinon de guérir, les malades incapables de s'adapter. Il ne prétendait guérir nulle maladie organique mais se croyait assuré de faire en sorte que cette maladie ne fit pas obstacle à l'existence.»

Les objectifs que Freud croyait pouvoir atteindre sont loin d'être négligeables, mais il n'est pas du tout certain que

* *Une hypothèse que le savoir de l'hypnose justifiait.*

ses adeptes y arrivent encore et, de toute façon, cela représente relativement peu compte tenu des longues années exigées par la psychanalyse d'aujourd'hui. Or, en l'espace de quelques semaines, parfois de quelques jours, la catharsis dont je parle atteint, au minimum, les objectifs ultimes de Freud et, en plus, trace la voie pouvant conduire à la guérison des maladies avec une grande économie de moyens, comme je crois l'avoir démontré.

Ignorant encore les faits dont je fais rapport ici, de plus en plus de médecins et de psychothérapeutes pensent qu'il n'est peut-être pas nécessaire ou utile de se préoccuper des affects remontant à l'enfance, et qu'on pourrait se limiter à rechercher les conflits du moment (ici et maintenant) pour résoudre les problèmes psychosomatiques. Cette tendance montre le désenchantement qui s'est installé au fur et à mesure que l'on constatait, dans cette optique, la pauvreté des résultats cliniques de la psychanalyse.

C'est pourquoi je cesserai désormais de tracer un parallèle entre la psychanalyse et la catharsis: elles n'ont en commun que ce qui est antérieur à Freud. Partant d'une même hypothèse, elles sont diamétralement opposées sur le plan clinique et se démarquent nettement sur le plan des résultats. Fort de cela, je suis profondément convaincu que la catharsis dont il est question ici est la démarche fondamentale à faire si une maladie n'est pas rapidement jugulée autrement. Cette conviction repose sur le constat qu'il faudrait, dès que possible, amener un mal portant à retrouver la capacité de profiter des ressources de son système immunitaire, pour que ces ressources jouent en sa faveur au lieu de se retourner contre lui, par abstention ou par agression.

DEUXIÈME PARTIE

Six ans après

Chapitre V

LA SANTÉ, REFLET DE NOS PENSÉES

J'ai compris que la science ne marche pas comme je me la représentais. On n'y poursuit pas avec acharnement une information objective qui s'appellerait la vérité. C'est une activité créatrice affectée par les passions, les espoirs et les préjugés culturels, comme toute activité humaine.

Stephen Jay Gould

L'Organisation mondiale de la santé (O.M.S.) définit ainsi la santé: «Un bien-être physique, mental et social». Ce qui a été exposé dans ces pages jusqu'ici a mis en évidence l'implication du Subconscient dans les problèmes de santé. Encombré par des émotions et des souvenirs occultés*, il est destructeur; débarrassé de ses affects, il est guérisseur. Notre bonne santé serait donc tributaire du fait que nous sommes ou non capables d'éviter que «l'ange» protecteur soit supplanté en nous par le «démon» tourmenteur.

Les faits cliniques mis en lumière par la catharsis conduisent à confirmer le message véhiculé par les religions si l'on convient que les anges et les démons, principes du bien et du mal, ne sont autre chose que des formes de pensées, sereines ou morbides. Ce qui revient bien à dire que notre

santé est le reflet de nos pensées. Ce constat soutient l'affirmation que la plupart des maladies sont psychosomatiques.

---

* *Donc par des peurs et des culpabilités.*

En fait, selon A.T.W. Simeons, seules les maladies dont il existe un équivalent chez les animaux sauvages, ainsi que celles qui résultent directement de l'intervention d'un élément étranger reconnu et nettement défini: blessure, poison (médicament) ou parasite animal, ne seraient pas psychosomatiques. Cet auteur (23-10), spécialiste des maladies tropicales, nous propose une réflexion qui pourrait étonner plus d'un professionnel de la santé:

> «Le choléra asiatique en offre un exemple. En pleine épidémie, on constate que des adolescents bien portants, des mères actives et des pères qui font vivre leur famille sont plus souvent atteints que les très jeunes enfants et les vieillards décrépits. La cause du choléra est l'ingestion d'un microbe appelé vibrion que l'on sait très sensible aux acides. L'acide toujours présent dans l'estomac de l'homme est assez fort pour tuer le vibrion du choléra presque instantanément. Comment alors le microbe peut-il traverser cette barrière acide qui le sépare de l'intestin où, dans un milieu alcalin, il pourrait se développer et exercer son action meurtrière? En fait, il n'atteindra sa destination que si la sécrétion d'acide par l'estomac est interrompue. Or, cette sécrétion s'interrompt automatiquement lorsque le sujet éprouve une peur intense.* Il se peut donc que ceux qui redoutent le plus la mort soient justement les proies désignées du choléra, alors que les enfants, trop jeunes pour comprendre le danger, et les vieillards, qui ne tiennent plus à la vie et soignent impunément leur entourage, sont épargnés parce que leurs sécrétions gastriques ne sont pas affectées par leurs émotions. La

peur jouerait ainsi un rôle important dans le choix des victimes et, dans ce sens, on pourrait reconnaître une certaine importance aux mécanismes psychiques dans

---

* *Alors qu'une peur larvée augmente cette sécrétion, responsable alors d'ulcères gastriques. Ndlr.*

la propagation du choléra. Il est possible que des facteurs de ce genre interviennent dans l'apparition soudaine de certains cas de dysenterie bacillaire et de fièvre typhoïde*; mais l'hypothèse ne peut s'appliquer à la peste, due à l'introduction du bacille dans le sang par la morsure d'une puce de rat.»

La petite miraculée

À l'occasion d'une catharsis, j'ai pris connaissance d'un cas du guérison spontanée tellement étonnant que j'ai demandé à la personne concernée d'en faire la relation écrite, afin d'être sûr qu'aucune interprétation de ma part ne puisse déformer les faits. Il s'agit d'une femme qui était âgée de 40 ans quand elle est venue en consultation avec l'espoir que je pourrais l'aider à résoudre un problème d'allergies respiratoires, allergies ayant résisté aux soins attentifs des médecins pendant au moins trente-deux ans. L'anamnèse avait montré hors de tout doute que des affects devaient être débusqués, mais j'étais bien loin de me douter qu'un problème d'allergie allait m'apprendre le mécanisme d'une guérison qualifiée de miraculeuse. Il me paraît important, avant de lui céder la parole, de préciser que cette dame très jolie paraît nettement moins âgée que ne l'indique sa date de naissance et, qu'en dépit de ses allergies, elle donne l'apparence d'une personne en parfaite santé. Voici son texte:

«À l'âge de quatre ans, je me retrouve paralysée. Mes genoux ne plient plus, je ne marche plus. Le médecin

conclut que je souffre de rhumatisme inflammatoire. Dans mon village il y a déjà deux autres cas, un garçon et une fille. Quelques semaines plus tard, après la sieste de l'après-midi, je peux me lever et marcher jusqu'à la cuisine où je rejoins ma mère, folle de joie de me voir marcher. Je suis quand même toujours atteinte de cette

* *Hypothèse confirmée en cours de catharsis. Ndlr.*

maladie de cœur* qui accompagne le rhumatisme inflammatoire.

Tout m'est défendu, je n'ai pas le droit de monter sur une bicyclette, je ne peux courir et sauter comme les autres enfants; on me surprotège, on m'évite les émotions fortes parce que mon cœur pourrait ne pas les supporter. Tous ceux qui m'entourent me surveillent et me protègent. L'on me fait photographier pour avoir des souvenirs de moi plus tard!!!

Je commence même l'école un an plus tard que les autres. Je suis encore surprotégée par les religieuses; les amis surveillent mes jeux, ils savent que je suis très malade. Les jours de grand vent, on me garde à la maison.

À l'âge de huit ans, je paralyse de nouveau, j'arrête de marcher. Quelques semaines plus tard, je me rétablis. Entre-temps, le cas des deux autres enfants s'aggrave. Ils ne viennent plus à l'école et sont souvent à l'hôpital. Je vois que mes parents sont inquiets.

Je me souviens que, vers l'âge de dix ans, je passe outre aux défenses. En cachette de mes parents, je saute à la corde, je joue au ballon, j'aime beaucoup les sports.

Pendant l'été, les deux autres enfants sont décédés. La mort du garçon m'a beaucoup frappée, c'était mon petit voisin. J'avais peur. Je me disais que ce serait maintenant à mon tour, puisque j'avais la même mala-

die. Mais il y avait un doute dans ma tête; je me disais: «J'ai la même maladie, pourtant moi je vais à l'école et, en trichant, je saute à la corde, je joue au ballon et je ne suis jamais allée à l'hôpital.»

À dix ans et demi, une autre crise. Je ne marche plus et cette fois, c'est pire: j'étouffe, je tousse sans arrêt, je

---

* *Complications cardiaques fréquentes dans la maladie de Bouillaud qu'est le rhumatisme articulaire aigu.*

dors avec des tas d'oreillers. Le médecin vient souvent, il me donne des injections. Je suis tellement malade que cette fois je pense que c'est la fin. Je suis préoccupée par les examens de fin d'année. Enfin, quelques semaines plus tard je me rétablis et ce fut ma dernière crise de rhumatisme inflammatoire.

Pendant les années qui suivirent on m'appelait la «petite miraculée», j'étais en pleine santé après avoir été si malade. Je fonctionnais alors normalement, comme les autres enfants et adolescents. Je n'étais pas consciente de la gravité de la maladie que j'avais eue.

À l'âge de dix-huit ans je me marie, mes parents sont inquiets face aux éventuelles grossesses. Moi, ça ne m'inquiète pas; heureusement, car j'ai eu cinq beaux enfants. Enceinte, je suis resplendissante de santé, j'accouche très facilement, sans aucun problème. Cependant, quand je pense à cette maladie, il m'arrive d'être angoissée et j'ai peur de mourir.

À trente-six ans, je dois voir un chirurgien: mon médecin a décelé un kyste ovarien. Quand j'entre dans le bureau du chirurgien, il vérifie mon nom car il dit s'être attendu à voir une femme vieillie et essoufflée à cause de ce qu'il a lu dans mon dossier médical: rhumatisme articulaire et cinq grossesses en plus! Il me dit voir au contraire une femme plus jeune que son âge. En enten-

dant cela, je me suis sentie inquiète, je ne pensais pas avoir eu une maladie aussi grave. J'ai été opérée et tout s'est bien passé.

Un an plus tard je dois subir une autre opération, cette fois à l'hôpital Notre-Dame de Montréal. Quand j'ai dit que j'avais souffert de rhumatisme inflammatoire, là, j'en ai passé des interrogatoires et des examens en cardiologie! Ils ont même retardé l'opération pour que je passe tous les tests. Ils ont parfaitement réussi à m'inquiéter. Finalement, le cardiologue en chef est venu dans ma chambre pour s'excuser de m'avoir cer-

tainement inquiétée. Il me dit ne rien comprendre, je n'ai aucune trace de cette maladie, sauf un léger souffle au cœur, mais qui n'a rien à voir avec ça. Il ne comprend pas que je puisse fonctionner normalement: dormir sans oreillers, faire du ski et divers autres sports. Je vois qu'il est vraiment étonné par mon cas et par mon apparence aussi jeune. Il me rassure en m'invitant à continuer de fonctionner normalement et ajoute que je reste pour eux un cas extraordinaire.

Voici maintenant ce que j'ai découvert pendant ma catharsis. Je me retrouve à quatre ans, je suis dans mon lit. Ma mère me surprend la main entre mes cuisses. Elle me fait de gros yeux, je vois très bien que ses yeux ne sont pas comme d'habitude. Elle me dit de remettre ma culotte de pyjama, qu'elle ne veut plus que je l'enlève pour dormir. Je ne la trouve pas gentille de m'empêcher d'enlever mon pyjama, puisqu'elle n'en porte même pas pour dormir. Je la trouve injuste et je décide de la punir: je me dis qu'elle n'aime pas quand je suis malade, eh bien! je serai malade. Au même instant mes jambes commencent à s'engourdir, mes genoux ne plient plus, je suis paralysée.

Puis je revis une scène où, quelques semaines plus tard, je fais la sieste. Je fais un rêve et je sens que c'est tout

chaud et tout bon entre mes cuisses. Je me réveille et mes genoux plient. Je me lève et je marche jusqu'à la cuisine, je suis guérie. Chaque fois que je paralysais, c'était le même processus, c'est-à-dire qu'un rêve érotique me guérissait. Sauf que la dernière fois, à dix ans et demi, j'ai osé me masturber et je n'ai jamais plus été malade.

Le 14 juin 1983, j'ai découvert, après 36 ans, que je n'avais jamais de ma vie souffert de rhumatisme articulaire aigu (que nous appelons rhumatisme inflammatoire). J'avais seulement souffert de symptômes que j'avais choisis en entendant parler de la maladie

des deux enfants que je connaissais. Pourtant tous les signes cliniques étaient là, puisque le médecin pouvait les identifier à l'auscultation!

Grâce à cette catharsis, je suis maintenant libérée de l'angoisse qui m'habitait continuellement, et de tous les affects reliés à mon passé. Je me sens en merveilleuse forme physique et mentale. Par ce témoignage, j'espère toucher et sensibiliser les médecins et toutes les personnes qui ont entre leurs mains la santé de ceux qui souffrent dans leur corps et dans leur esprit.»

Le cas de H.

Le récit que vous venez de lire est signé L.L. mais c'est sous l'identification H. que nous parlerons ici de ce cas. Il y a cinq ans de distance entre la catharsis de G. et celle de H.; mes étonnements au cours des trois premières catharsis, présentées chronologiquement, ont fait place à de sereines observations: la multiplication des cas traités, ainsi que leur variété, ont toujours conduit aux mêmes constats et conclusions. En première partie de ce livre j'ai montré comment les événements se sont enchaînés pour orienter ma carrière. Maintenant, c'est une synthèse soutenue par l'expérience

que je me propose d'exposer.

Le cas de H. illustre bien qu'il n'existe aucun mode de guérison qui soit une panacée, une recette miracle et garantie; il montre que rien n'est jamais définitif en matière de santé, tant que la vie ne prend pas fin. Enfant, elle fut gravement malade, et nous avons vu le mécanisme d'une autoguérison que sa famille et les villageois jugeaient miraculeuse. Un «miracle»! Il ne faut pas s'étonner d'une telle interprétation; qu'il suffise de se souvenir combien la pratique religieuse était importante au Québec à l'époque, et combien on croyait aux vertus des neuvaines. L'on peut imaginer comment les anciens de Saint J..., dans les Laurentides, réagiront en apprenant par quelle pratique profane la «petite miraculée» trouva la guérison!

Situer l'événement dans son contexte n'est pas de la dérision. Ne pas le faire empêcherait de comprendre la suite. C'est à cause de ce contexte que la petite H. va psychiquement créer les conditions propices à l'installation d'un autre problème de santé: ses réactions allergiques. Elle occulte les souvenirs liés à sa guérison: la masturbation est réprouvée par la mère, par l'Église et les éducateurs qui en sont les servants. Elle ne pourrait supporter le poids des remords si elle devait savoir que c'est un «péché« qui l'a guérie, alors que la multitude clame que c'est une intervention divine. Dès cet instant, elle évoluera dans la vie en ignorant qu'elle «traîne» en elle, dans son Subconscient, une culpabilité qui se traduira par une affection psychosomatique. Il faudra qu'une catharsis lui donne l'occasion de se libérer de cet affect pour, du même coup, être débarrassée de symptômes qui matérialisaient son angoisse d'être «étouffée» par des pressions et des interdits socioculturels.

Le cas de H. est exemplaire pour amorcer des réflexions sur les tabous sexuels, sur le phénomène des guérisons spontanées et sur les affections psychosomatiques; réflexions qui conduisent inévitablement vers la spiritualité, ultime dimension de l'être humain. Nous avons touché aux

plans physique et psychique, via les cas exposés, les citations et les commentaires; nous n'avons rien eu de pertinent au plan spirituel, même s'il fut souvent présent en filigrane. Le moment n'est pas encore venu d'aborder cette question, notre quête d'information n'est pas terminée.

Les tabous sexuels sont responsables de beaucoup d'affects; ils sont donc à l'origine de plus d'une maladie, de singuliers désordres psychiques: les communautés où la chasteté est de règle en donnent un exemple pertinent. Faut-il vraiment s'en étonner? On ne contrarie pas impunément les instincts fondamentaux; pourtant la culture judéo-chrétienne est (était?) particulièrement répressive face à l'instinct sexuel! Malgré la rébellion actuelle des jeunes, nous en avons encore pour quelques générations avant de liquider ce lourd contentieux.

La catharsis de H. montre clairement les éventuelles conséquences de l'intervention malhabile d'une mère qui surprend son enfant dans sa découverte des pulsions sexuelles. On ne chiffrera jamais le nombre des cas de frigidité, d'impuissance ou de déviations, en plus des perturbations mentales d'autres ordres, qui découlent directement d'une intervention intempestive d'éducateurs rigides. Je crois que le problème vient du fait que l'on a fixé arbitrairement un âge «normal» pour l'activité sexuelle, sans tenir compte du fait que beaucoup de fillettes peuvent connaître l'orgasme dès l'âge de quatre ou cinq ans.

On peut présumer que ce qui précède risque de provoquer des «mouvements en sens divers» comme on dit, et que certaines bonnes personnes seraient tentées de me reprocher un certain laxisme face à un problème qui perturbe bien des consciences. Il est vrai que mes constats sont exposés brutalement, mais comment faire autrement? Développer ce thème pour mieux le nuancer demanderait qu'un livre entier lui soit consacré: les cas cliniques que j'ai rencontrés apportent un éclairage parfois inattendu sur les situations incestueuses, les déviations sexuelles, les viols ou les fantasmes

tueuses, les déviations sexuelles, les viols ou les fantasmes érotiques. Ce qui ne cesse de m'étonner, c'est que les femmes qui sont — et qui se disent — les principales victimes sexuelles de notre socioculture sont en réalité les véhicules des tabous d'origine: ce sont généralement les mères qui transmettent à leurs filles les culpabilités et les interdits dont elles ont pourtant elles-mêmes souffert! Auraient-elles occulté leurs émotions d'enfant ou d'adolescente?

Il reste que les affects ne sont pas tous d'origine sexuelle; il est cependant exceptionnel de n'en pas trouver trace en cours de catharsis: il n'y en avait pas dans les cas de A. et de G. Il est aussi exceptionnel de ne trouver que cela, mais quelques cas dont je n'ai pas parlé ont indiqué qu'il pouvait en être ainsi. Quoi qu'il en soit, la règle est immuable: à l'origine de toute affection psychosomatique on trouve des événements psychiquement perturbateurs et, assez souvent, le souvenir de ces événements a été occulté.

Dans ce dernier cas, il n'y a guère qu'un récurage complet de la mare qui puisse conduire à la guérison.

Est-ce scientifique?

Ce sont des faits cliniques pertinents qui m'ont conduit à des conclusions soutenues par l'évidence: c'est du pragmatisme. Encore faudrait-il savoir si ma «trouvaille» empirique peut être corroborée par des recherches faites selon les normes scientifiques?

C'est à des événements fortuits survenus en 1983 que je dois cette confirmation. Il y avait cinq ans que la catharsis s'était en quelque sorte imposée à moi. Cinq ans d'interrogations parfois torturantes. J'étais conscient d'avoir trouvé quelque chose qui pourrait être important, mais j'avais besoin d'informations, de vérifications, j'avais besoin d'être rassuré. Au cours de ces années, je pris contact avec des psychologues et des médecins, puis avec des chercheurs reconnus. Dans le meilleur des cas, on me montrait de la sympathie et on me prodiguait des encouragements à pour-

suivre mon travail. Souvent l'on me disait: «Ah! si vous aviez publié quelque chose là-dessus.»

Je me souviens de tel chercheur d'une certaine université, spécialisé dans l'étude des états modifiés de la conscience, qui mit rapidement fin à ma démarche en déclarant qu'il ne s'intéressait pas aux faits cliniques: c'était un savant théoricien. Un autre, spécialisé en recherche sur les hormones cérébrales, changea de ton et d'intérêt quand je le détrompai alors qu'il m'appelait «docteur» gros comme ça: je n'étais pas médecin comme lui, je n'étais donc plus un interlocuteur valable. Bien que je lui aie écrit par la suite pour exposer ce que je n'avais pu dire verbalement, je n'ai jamais reçu d'accusé de réception! Je passe sur de nombreuses autres anecdotes de cet acabit, révélatrices du cloisonnement stérilisant dressé par beaucoup de scientifiques, et j'arrive à l'essentiel de mon propos.

J'étais donc confronté à quelque chose qui apportait un nouvel éclairage sur le pourquoi des maladies et de leur

guérison, mais j'étais isolé bien malgré moi. J'avais le sentiment d'une incomplétude en dépit de ce que j'avais observé et cru comprendre. J'avais acquis la conviction que la catharsis permettait de récurer la mare à fond, pour aider des souffrants à prendre un nouveau départ, débarrassés du poids de leurs affects. Mais à partir de là, que fallait-il faire? Comment les stabiliser dans l'état de retrouvailles avec eux-mêmes? Et surtout, question lancinante, que s'était-il passé dans leur organisme pour que la maladie, ou l'état dépressif, disparaisse comme par enchantement? Il m'était impossible d'être satisfait tant que je n'aurais pas de réponses à ces questions. Elles allaient venir de quelqu'un qui avait abordé la question par une voie différente de la mienne.

Voici ce qui arriva. Ce fut d'abord la télévision. Je voulais me distraire en regardant un film. C'était «Mon oncle d'Amérique» d'Alain Resnais, une production dont je n'avais pas entendu parler et que — me fiant au titre — je

croyais être une comédie. Mais non, le film me replongeait en plein dans mon travail, il mettait en relief les travaux d'un certain Henri Laborit de qui je ne savais rien. Ce fut immédiat, j'aimai sa façon de dire et la limpidité des expériences choisies pour illustrer ce qu'étaient l'inhibition de l'action et ses effets sur l'organisme, une thèse toute nouvelle pour moi.

Je fus ravi d'entendre ce médecin confirmer les propos du docteur Marchal sur le rôle du Subconscient dans les maladies organiques . De plus, il se disait aussi convaincu que notre Conscient occupe une toute petite place dans notre organisation psychique: «Je crois, disait-il, qu'il faut se représenter l'Inconscient comme une mer profonde, et ce que nous appelons le Conscient comme l'écume qui naît, disparaît et renaît à la crête des vagues; c'est la partie très très superficielle de cet océan écorché par le vent.»

Environ trois semaines après avoir vu le film, je reçois *Psychologie* de mars 83 (n° 145, livré au Canada plusieurs semaines après sa sortie en France); c'était justement un

dossier sur Henri Laborit, sous-titré *De la molécule au comportement humain*. Interviewé par Daniel Roumanoff, Henri Laborit se décrit comme un marginal, ce qui accentue encore ma sympathie pour lui. À un certain moment, il déclare:

> «J'ai l'habitude de dire que si je devais faire de la médecine actuellement, j'en serais bien incapable. Pourtant, j'étais le plus affreux des thérapeutes. J'étais chirurgien des hôpitaux! J'ai abandonné la chirurgie en 1951-52. Je ne pourrais plus faire de la médecine car, quand je verrais un malade, je ne pourrais plus lui enlever sa vésicule, son rectum ou son estomac en ignorant qu'autour il y a un organisme. J'aurais besoin de connaître son environnement social actuel, sa famille, son rôle professionnel, sa classe sociale. Ce qui l'environne et qu'il négocie tous les jours, comme

disent les phénoménologistes. Alors, dans ce cas, les bras m'en tombent. **Comment voulez-vous soigner quelqu'un sans savoir qui il est?*** Parce que vous savez comment fonctionne son cerveau; vous savez que dans telle voie il y a de la noradrénaline, que dans telle autre il y a de l'acétylcholine, dans telle autre de la sérotonine. Vous savez à quoi elles servent, mais si vous intervenez avec des moyens thérapeutiques d'urgence, avec de la pénicilline dans la pneumonie, vous empêchez peut-être tel symptôme et vous favorisez peut-être tel autre.»

Il poursuit du même souffle:

«Mais comment pouvez-vous agir sur le vécu des gens? Seuls les psychanalystes sont persuadés qu'après six ans de canapé, le vécu des gens va s'exprimer. Ce n'est d'ailleurs pas inutile. **Si vous arrivez à faire croire à quelqu'un*** que c'est parce qu'il n'a pas baisé sa mère dans ses premières années qu'il a tous ses ennuis, tant

* *Souligné par moi.*

mieux pour lui, si ça le libère! Mais c'est une rigolade, comme le placebo ou le contact médecin-malade. Vous arrivez peut-être avec un placebo à soigner correctement 30 à 33% des cas. Les gens guérissent parce qu'ils sont persuadés qu'ils vont guérir.»

J'étais médusé, un tel franc-parler ne pouvait venir que de quelqu'un très sûr de son savoir. J'y voyais cependant des réserves, puisque les cas que j'avais rencontrés démontraient qu'il ne suffit pas toujours de croire à la guérison pour qu'elle soit là. Je comprenais toutefois que ce chercheur s'appuyait sur ses connaissances de l'époque, et qu'il semblait être en avance de plusieurs longueurs sur la majorité de ses confrères. Ce qu'une autre de ses déclarations confirmait ailleurs:

«Je ne pense pas que l'avenir de l'espèce humaine soit

dans la pharmacologie, en particulier dans les psychotropes. Maintenant, au stade où l'on en est, momentanément ça peut faire du bien. C'est tout ce que l'on peut dire.» Et il poursuit: «Je crois quand même à la science, mais la science n'est pas limitée à la pharmacologie. La science c'est la compréhension du monde vivant. La science du vivant m'intéresse parce que, très égoïstement, j'aime bien comprendre ce que je suis venu faire sur cette planète. Je ne veux pas me limiter à tout savoir sur les enzymes, aussi belles soient-elles. J'ai besoin de les situer dans des voies métaboliques, elles-mêmes placées dans des organes, eux-mêmes placés dans un système qui, lui, appartient à un groupe qui lui-même appartient à l'espèce.»

«**Je ne pense pas que l'avenir de l'espèce humaine soit dans la pharmocologie...**» Et c'est lui, l'«inventeur» du premier tranquillisant, la chlorpromazine, qui dit ça! C'est encore lui, Laborit, qui préconisa l'hibernation artificielle comme mode de traitement. Lui, de plus, qui est le créateur de l'analgésie neuroleptique, base de l'anesthésie et de la réanimation actuelle. Lui, toujours, qui gagne sa vie en mettant sans cesse au point, avec les autres membres de son

équipe, de nouvelles molécules pour créer de nouveaux médicaments. Tout un homme, comme on peut le voir!

Par ailleurs, Henri Laborit n'hésite pas à souligner qu'il est autodidacte puisqu'il ne détient aucun parchemin en physiologie, biochimie ou pharmacologie. Ce qui n'a nullement empêché qu'il soit honoré du prix Albert-Lasker* et proposé pour le Nobel. Cela dit, j'en arrive à montrer en quoi les travaux de cet homme hors du commun m'ont permis d'avoir beaucoup des réponses que je cherchais.

L'inhibition de l'action

Ce dont nous allons parler a été publié en 1979** et je m'en veux de ne pas l'avoir su avant mai 1983. Le livre

répond à une question fondamentale: «Qu'est-ce qui est à la base de toutes les maladies?». Il réunit la biologie, la physiologie, la sociologie et la psychologie en une hypothèse audacieuse: **La base de toute maladie est l'inhibition de l'action.** Ce à quoi il m'est permis d'ajouter aujourd'hui que c'est l'inhibition de l'action qui, chez l'humain, suscite le phénomène d'occultation, donc le mécanisme d'installation des affects. La démonstration est faite par Laborit grâce à quatre expériences très simples, la dernière étant celle qui, pour moi, permet de boucler la boucle. Les trois premières étaient montrées dans le film de Resnais. J'emprunte encore à *Psychologie* qui publie ainsi la description qu'en fait Henri Laborit.

Les trois premières expériences de Laborit

Première expérience: «Lorsqu'on met un rat dans une cage à conditionnement avec une paroi qui sépare le compartiment en deux, une porte qui peut être ouverte ou fermée, qu'on lui fait entendre un signal sonore et un flash

---

* *De l'American Public Health Association (Association américaine pour la santé publique).*

** *Henri Laborit, **L'inhibition de l'action**, édité chez Masson.*

lumineux de 4 secondes — avant de faire passer une décharge électrique dans le plancher — il apprend très rapidement qu'il suffit de passer dans la pièce à côté pour éviter d'avoir la décharge. Le rat se porte comme un charme. On fait subir ce traitement aux rats pendant 10 minutes par jour et 7 jours consécutifs. Ils se portent très bien.»

Deuxième expérience: «Si on ferme la porte et si l'on met deux ou trois animaux ensemble, ils réagissent. Ils prennent toutes les décharges électriques, mais ils se battent. Au bout de huit jours, ils se portent aussi comme des charmes.»

Troisième expérience: «J'ai mis des animaux seuls dans une même cage en fermant la porte. Ils ne peuvent ni

dans une même cage en fermant la porte. Ils ne peuvent ni fuir ni lutter: ils sont en état de «choc inévitable». Au bout de huit jours, ils ont perdu du poids, ils ont des ulcères d'estomac, de l'hypertension artérielle. Leur état est lamentable parce qu'ils n'ont rien pu faire.»

Dans le film, des comédiens tenaient le rôle des rats dans des situations de la vie quotidienne. Nous dirions que les rats ou les personnages étaient ou non victimes du stress. Henri Laborit préfère dire, avec plus de précision, qu'ils étaient victimes de leur Système d'Inhibition de l'Action (SIA) ou, au contraire, protégés par leur Système d'Activation d'Action (SAA).

Le SAA est mis en évidence par les deux premières expériences: le rat qui fuit dans l'autre moitié de la cage pour échapper aux décharges électriques se fait plaisir en agissant. Les rats qui se battent tandis qu'ils reçoivent les décharges électriques répondent à une agression par une autre agression. Dans les deux cas, fuite ou attaque, ils répondent correctement aux sollicitations de leur Système d'Activation d'Action qui agit sur les centres subcorticaux du système lymbique (hypocampe et amygdale). Le système lymbique modifie les décharges en provenance de l'hypothalamus, il intègre la perception avec la mémoire et les émotions. L'hypothalamus contrôle les mouvements des viscères et les sécrétions hormonales. Une situation de ten-

sion nouvelle provoque une réponse active médiatisée par le SAA: fuir ou lutter. Une autre action du SAA est de déclencher des activités orientées vers le plaisir: nourriture, sexualité, exploits sportifs, etc.

La physiologie de ces deux comportements actifs — défense et gratification — a été décrite depuis Selye dans de nombreuses publications scientifiques. Donc, jusqu'ici, rien de très nouveau. La troisième expérience, où un rat est prostré dans sa cage, ne pouvant fuir ou attaquer, montre les conséquences d'un stress prolongé. L'organisme ne sait que faire des décharges hormonales commandées par le

que faire des décharges hormonales commandées par le SAA; c'est le système nerveux qui écope par effet de rebondissement et, inévitablement, des problèmes de santé apparaissent. C'est, en gros, ce que l'on savait et enseignait avant que Laborit ne peaufine tout cela.

La découverte de Laborit

La contribution importante du docteur Laborit dans l'étude des problèmes du stress est d'avoir découvert qu'il y avait un système antagoniste du SAA. Il a montré que les hormones de stress se répartissent en fait en deux groupes opposés. D'une part, l'HACT* et l'adrénaline qui catalysent les actions musculaires, augmentant ainsi le SAA et, d'autre part, les corticostéroïdes et la noradrénaline qui catalysent l'inhibition, augmentant ainsi le SIA.

C'est sa quatrième expérience qui permet de montrer de quoi il retourne. À un détail (important) près, c'est la même que la troisième. Il explique, parlant de l'état lamentable du rat qui ne pouvait ni fuir ni attaquer:

> «J'ai pu montrer que cela demandait un **processus de mémoire.**** La mémoire est fondamentale même chez l'animal ou l'être unicellulaire. Lorsqu'on efface la mémoire à la fin de chaque expérience par **un électrochoc*** convulsivant avec coma, qui dépolarise tous les neurones à la fois et empêche le passage de la mémoire immédiate à la mémoire à long terme, le rat ne se souvient plus de l'inefficacité de son action. Il ne se souvient pas qu'il ne peut rien y faire. À la fin des huit jours, il est en parfait état: chaque fois qu'il a essayé de fuir, il a fait quelque chose et il a oublié qu'il n'y avait rien à faire.»

---

* *Hormone adréno-corticotrope sécrétée par les cellules alpha du lobe antérieur de l'hypophyse. En anglais: ACTH.*

** *Souligné par moi.*

Poursuivant immédiatement: «Je suis arrivé à cette conclusion que **l'inhibition de l'action est à l'origine de toute la pathologie.**** Il a fallu mettre en évidence, au niveau du cerveau, des aires centrales où aboutit le blocage, les métaneurones médullaires qui empêchent qu'on agisse et une situation particulière, l'attente en tension, qui s'exprime chez l'homme et chez l'animal par l'anxiété. **L'attente en tension,**** c'est quand on est en inhibition et qu'on n'attend plus. Un déprimé a perdu l'espoir de pouvoir agir. L'anxieux ne peut pas se tirer d'affaire mais a encore l'espoir de pouvoir le faire. Il est encore dans l'attente en tension, il est tendu, contracté. Quelles sont les aires cérébrales du blocage? L'hypocampe dorsale, l'amygdale latérale, le centre médian de l'hypothalamus. La logique de la voie finale commune va commander l'inhibition motrice.»

Il faut comprendre que le SIA intervient pour empêcher une action de se produire quand celle-ci n'est plus adaptive:

«On voit tout de suite qu'un tel système d'inhibition peut sauver la vie: par exemple en empêchant un individu de s'approcher d'un crocodile aux mâchoires béantes. Ainsi, le SIA garantit l'élimination de répon-

---

* *Souligné par moi.*

** *Souligné dans le texte.*

ses qui ne sont plus gratifiantes, ou qui peuvent être dangereuses. Ce qui donne le temps au SAA d'élaborer les réponses appropriées à l'environnement. De toute évidence, les êtres vivants ont besoin de ces deux systèmes pour développer des réactions fines à l'environnement.»

Pour illustrer cela, on peut imaginer une cascade d'événements où le SAA et le SIA joueraient parfaitement

leur rôle. Supposons un homme frêle, chef d'une importante industrie, dominé par une femme autoritaire détenant l'argent qui permet de financer l'entreprise. En compagnie de sa femme, chez eux ou ailleurs, il est sous tension quasi permanente. Son SAA l'incite à réagir en fuyant ou en attaquant, mais il ne le peut pas: en fuyant, il perdrait la source de financement qui lui donne son statut social, et s'il tue sa femme il sera mis en prison. Son SIA intervient donc pour «freiner» son impérieux besoin d'agir, en attendant qu'il trouve un moyen de le faire sans risque. C'est à son travail qu'il trouve ce moyen: il est le patron, il peut passer à l'attaque contre ses chefs de service. Ceux-là pourront s'en prendre aux chefs de bureau et d'atelier qui, pour ne pas rester en inhibition, se retourneront vers les employés. Un employé malmené aura toujours la ressource de houspiller sa femme qui répercutera cela sur l'enfant. Celui-ci réagira à son tour en battant le chien. À condition que chacun trouve toujours un moyen d'agir pour sortir d'inhibition, ce sera finalement le chien, et seulement lui, qui sera malade!

Vivre en santé!

On comprend, par l'exemple que je viens de donner, que les choses ne peuvent se passer ainsi dans la vie. Pour des raison morales ou de simple bon sens, parce que nous sommes civilisés, nous nous imposons souvent de ne pas répondre aux diverses agressions qui viennent de toutes parts. Notre SIA est donc très actif: nous vivons sous tension une bonne partie du temps, surtout dans les villes. Et l'on doit bien admettre que nos animaux domestiques sont en relative

meilleure santé que nous. Le problème tient au fait que notre SIA n'est destiné à fonctionner que pour de courtes périodes, mais que notre mode de vie et nos façons de penser font qu'il est trop sollicité. C'est **l'utilisation chronique** du système d'inhibition qui provoque la maladie physique ou mentale.

Cette importante découverte du docteur Laborit lui a permis de montrer comment les maladies physiques, telle l'hypertension, et les maladies infectieuses — le cancer aussi — peuvent être induites par les stress émotionnels: la sécrétion continue de noradrénaline conduit à l'hypertension par un resserrement artériel chronique, pendant qu'une quantité accrue de corticostéroïdes réduit les défenses de l'organisme contre les bactéries étrangères et contre les cellules anormales se développant dans le corps. Il est probable que ces hormones contribuent aux manifestations corporelles d'anxiété, comme les palpitations, «l'estomac noué» (contraction artérielle), et le resserrement de la poitrine provoquant une respiration difficile (spasmes bronchiaux).

Des solutions?

L'installation chronique de l'inhibition de l'action demande un processus de mémoire, nous a dit Henri Laborit, et la catharsis démontre amplement qu'il en est bien ainsi. C'est le Subconscient qui fait que ce processus est plus complexe et plus subtil chez l'humain que chez l'animal. Aux pulsions primaires que nous avons en commun, il faut ajouter toutes les émotions typiquement humaines. Émotions qui découlent de notre capacité de raisonner. L'animal ne connaît pas le sentiment de culpabilité, ni l'angoisse de l'avenir, ni les peurs dont j'ai parlé au début. L'animal ne connaît pas les tourments de l'âme et pourtant il peut être malade du stress; cette constatation permet d'évaluer notre vulnérabilité aux affections psychosomatiques*.

* *Le docteur Laborit préfère dire qu'il s'agit de maladies de l'inhibition comportementale.*

C'est par l'action physique et mentale, et par la libération des émotions, que nous pouvons le mieux sortir d'inhibition. Comment un médicament pourrait-il réparer une âme fracturée? Ou «soigner» une émotion, un remords, une culpabilité? Tout ce que les psychotropes peuvent faire,

c'est donner un repit très provisoire, au risque d'effets secondaires déprimants, et/ou provoquer un oubli artificiel reculant une échéance inévitable. Ils sont prescrits pour aider quelqu'un à se ressaisir, ils ne sont pas curatifs. Malheureusement, cela est mal expliqué par les prescripteurs, ou mal compris par les utilisateurs, et l'on voit de plus en plus de malades «fonctionnels» consommer ces palliatifs pendant des mois et des années. Beaucoup de médecins le savent et le déplorent. Mais ils sont incapables d'arrêter une spirale qu'ils ont eux-mêmes amorcée: s'ils tentent d'enlever «ses» tranquillisants à un patient, ce dernier trouvera toujours un autre praticien qui renouvellera l'ordonnance.

La plupart des médecins sont pris au piège de leur formation: on les a préparés comme des champions de formule 1, mais beaucoup passeront leur vie comme des conducteurs de tramways. Je veux dire que des études longues et difficiles les ont dotés d'un vaste savoir qu'ils auront peu souvent l'occasion d'utiliser. Le point de départ de l'action médicale, c'est la lésion, et sa raison d'être c'est l'intervention en cas de détresse: fractures, brûlures, lacérations, empoisonnements, problèmes cardio-vasculaires, maladies organiques, effondrement nerveux, etc. Mais un généraliste sait que soixante-dix pour cent des cas qu'il voit ne présentent pas les signes lésionnels qui justifieraient un véritable acte médical.

On reproche aux médecins de consacrer trop peu de temps aux patients qui se présentent à leur consultation. De fait, il faut plus que quelques minutes, même à un œil expérimenté, pour reconnaître un «fonctionnel». Autrefois, une ordonnance anodine et un bon mot suffisaient pour rassurer; le prestige du docteur faisait le reste. C'était toujours à recommencer si les causes du mal de vivre n'étaient pas

débusquées, mais le médecin avait le curé comme allié. Ce dernier prêchait la résignation en promettant que le ciel serait plus accessible si l'on acceptait ses souffrances. Tout baignait alors dans l'huile dans ce monde assez peu scolarisé

pour que les élites traditionnelles gouvernent les corps et les esprits en toute quiétude.

Aujourd'hui, le mal portant veut être **entendu**, il a besoin d'exprimer son mal de vivre et il voudrait comprendre. Le médecin manque de temps pour répondre à ses besoins et, de toute façon, ce n'est pas là son métier: quand il a convenabement ausculté un patient et qu'il a demandé les analyses ou les radiographies qui le mettront à l'abri des doutes, sa véritable tâche est terminée, s'il n'a pas mis en lumière une situation lésionnelle. Le problème de beaucoup de médecins, c'est qu'ils ne peuvent se résoudre à «passer la main»: ils veulent quand même intervenir. Est-ce pour soutenir l'idée qu'ils sont omniscients? Ils prescrivent alors des tranquillisants ou des hypnotiques, même s'ils contribuent ainsi à accentuer les problèmes de santé en multipliant les risques de provoquer des maladies iatrogènes*.

De ce qui précède, il ressort que le mal portant frappe souvent à la mauvaise porte et consulte trop de médecins. C'est en tout cas l'opinion exprimée par plus d'un médecin de haut calibre. Dans son livre *Les malades* (11-170) le docteur — et professeur — J.P. Escande écrit:

> «... Il faut aiguiller vers les médecins les seuls «malades», et non pas les victimes du «mal-être», les âmes à la recherche de leur équilibre, qui doivent se confier à d'autres qu'à des médecins. Je sais que beaucoup pensent le contraire ou font le contraire sans l'avoir trop bien pensé; je le déplore car je vois là une des sources de maux que connaît actuellement notre médecine, qui, n'ayant pas défini ses objectifs et ayant voulu trop embrasser, a réellement mal étreint et manqué le train.

---

* *Maladie iatrogène: qui est causée par le médecin par ses prescriptions.*

> [...] Pour les médecins: de la médecine, pour les paramédicaux: de la paramédecine. Je n'aime d'ailleurs pas

cette expression de paramedicaux qui sonne mal, que l'on sent péjorative; je n'aimerais pas plus que naisse un terme nouveau, il faut simplement appeler les individus par le nom que veut leur métier: pour impliquer que tout en n'étant pas médecins, ils ont un rôle propre irremplaçable et non pas de deuxième main. [...] On croit beaucoup trop à la médecine prédictive chargée de déceler «à temps» d'éventuelles maladies. La médecine prédictive, culminant dans le check-up chargé de vérifier en routine si la machine n'a pas trop d'avaries ignorées, est d'un coût exorbitant et d'une très faible efficacité, mis à part quelques rares domaines. Il ne faut donc conserver de la médecine prédictive que ce qui a fait ses preuves (le dépistage du cancer du sein, du cancer de l'utérus, le dépistage du diabète, de l'hypertension, de l'hypercholestérolémie sont plus qu'importants), mais il est inutile de laisser croire qu'on apporte une réponse aux anxieux par la prescription de millions de centimes* d'examens inutiles et de millions encore de médicaments inutiles. Avec ces sommes, pour ces anxieux, il y a mieux à faire. Ces anxieux psychosomatiques, ces consultants paperassiers, ces pusillanimes, je l'ai dit, représentent les trois quarts des consultants. C'est donc une décision à proprement parler révolutionnaire de choisir de les écarter de la médecine et de décider qu'ils ont moins besoin de médecins que d'autres catégories de personnels de santé. Pourtant qui souffrira de cette révolution? Presque personne!** En tout cas, ni les médecins consciencieux, ni les «faux» malades que n'améliore ni ne rassure une médication outrancière. Car voyons les choses en face: formés à faire de la médecine, les médecins en font, et les mal

---

* *En France.*

** *Hormis l'industrie pharmaceutique. Ndlr.*

vivants ou les consultants à petits bobos sont, comme

des malades sérieux, radiographiés, analysés, médicamentés, tant et si bien que s'ils n'étaient pas réellement «malades» au début, ils croient au bout de peu de temps l'être réellement devenus, ce qui, d'ailleurs, est parfois vrai, par le fait d'un médicament mal toléré ou d'une intervention chirurgicale mal conclue.»

Le docteur Escande n'est pas le seul à penser ainsi, loin s'en faut. Pour ma part, je vois un danger de démobilisation chez les praticiens qui reçoivent principalement des cas qui ne relèvent pas vraiment de leur compétence. Les réflexes s'émoussent quand on est trop coupé de sa formation de base, les risques de passer à côté du bon diagnostic sont alors bien plus grands. Quel que soit l'angle sous lequel on aborde la question, on doit admettre que c'est la meilleure santé possible qu'il faut chercher à assurer, sans monopole absolu à quiconque. Quoi de mieux, une fois de plus, qu'un cas vécu pour illustrer ces propos?

Le cas de I.

En février 1983, cette femme de 45 ans vient en consultation alors qu'elle est très déprimée. Il y a un an que cela dure, elle a cessé son travail et elle est sous les soins d'un psychiatre également psychanalyste. Elle raconte ses migraines et signale des malaises qui me font immédiatement penser à des effets secondaires médicamenteux. Elle se dit désespérée de ne constater aucune amélioration de son état de santé, bien qu'elle soit vue régulièrement par le psychiatre depuis plusieurs mois.

Par ailleurs, je remarque qu'elle se racle la gorge assez souvent. Elle dit que ce malaise est très ancien, que déjà dans l'enfance elle avait l'impression d'avoir toujours quelque chose qui obstruait sa gorge. Malgré de nombreuses visites en O.R.L.*, on n'avait jamais pu expliquer cela. Je lui dis

* *O.R.L.: oto-rhino-laryngologie.*

mon embarras du fait qu'elle est sous soins médicaux et qu'il n'est pas de règle de risquer une interférence pouvant compromettre son évolution vers une guérison. Elle m'affirme que, si elle est dans mon bureau, c'est qu'elle a pris la décision de ne plus faire confiance au médecin, bien qu'elle reste dépendante de lui pour les certificats médicaux que réclame l'employeur. Elle me signale qu'après m'avoir vu, elle doit justement rencontrer son psychiatre dans l'après-midi. Sans m'engager envers elle, je lui suggère de rapporter au médecin les malaises dont elle se plaint et de solliciter son opinion à ce sujet.

Une semaine après, elle est de nouveau devant moi. Elle est très déçue de la rencontre qu'elle a eue avec le psychiatre. Il aurait admis que plusieurs de ses malaises pouvaient être causés par le médicament qu'il avait prescrit, un antidépresseur (chlorhydrate de doxépine) dont les indications sont: psychonévrose avec réactions dépressives et dépression psychotique, y compris psychose maniaco-dépressive (type dépressif), et mélancolie d'involution. Le médecin aurait alors donné ses instructions pour un sevrage progressif, puis aurait annoncé à sa patiente qu'il n'avait d'autre choix que de prescrire **des électrochocs**. Elle avait refusé net cette éventualité et il aurait alors prescrit un antidépresseur majeur (sulfate de tranylcypromine), inhibiteur de la MAO *. Elle fut avertie qu'en prenant ce nouveau médicament elle devrait éviter de consommer certains aliments tels que fromage, figues en boîte, sauce au soja, foie de poulet, harengs marinés, chocolat, extraits de levure, etc., à cause de possibles réactions toxiques. C'est un médicament indiqué pour le traitement **symptomatique** de la dépression grave ou modérée. Le diagnostic médical était donc clair, au vu de ces ordonnances. Je m'étonnai, en passant, qu'un psychanalyste n'ait pas pensé à une autre solution que celle de la médication, puis je me dis qu'il trouvait peut-être plus sécurisant de prescrire des médicaments que

---

* *MAO: monoamine-oxydase.*

d'explorer le passé de sa patiente... ou qu'il avait compris, à son tour, les limites de la psychanalyse?

Après cet exposé, I. me fit part de la décision prise avec l'assentiment de son mari et de ses enfants: elle me demandait formellement de faire une catharsis. Elle avait entrepris de diminuer le premier médicament selon les instructions du médecin, elle ne voulait pas commencer à prendre l'autre.

Ce ne fut pas une catharsis très facile mais, après six semaines, tout était rentré dans l'ordre. I. était rayonnante, elle n'avait plus sa douleur dans la gorge, plus de migraines, plus de phobies; elle n'était plus déprimée et, bien sûr, ne prenait plus de médicaments. I. revint un jour pour me raconter qu'ayant dû voir le psychiatre pour un certificat médical attestant sa guérison, elle fut très mal reçue quand elle lui expliqua que ce n'étaient pas les médicaments qui l'avaient guérie. Il délivra le certificat, mais ne put contenir sa mauvaise humeur devant l'évidence que mon intervention avait donné les résultats qu'il était bien obligé de corroborer!

Raconter la catharsis de I. n'ajouterait rien à ce que nous savons déjà par celles qui ont été explicitées. J'en retiens les détails pour les étudiants et les chercheurs qui y verront, j'en suis persuadé, une magistrale démonstration de ce que peut produire le SIA. Une fois de plus, le premier affect avait été installé vers l'âge de cinq ans (la pression dans la gorge de I. en était encore le signe, quarante ans après). Cela indique clairement **qu'il peut ne servir à rien de se limiter à identifier les inhibitions contemporaines** (ici, maintenant), ou de préconiser des médicaments qui bloqueraient les mécanismes biochimiques activés par le SIA. (Des médicaments qui, je crois, sont annoncés comme ceux de la deuxième génération des tranquillisants.) Dans le cas que nous venons de voir, c'est un incident banal qui avait déclenché la crise dépressive, quarante ans après le premier affect, et vingt ans après le dernier. Traiter l'état actuel, dans un tel cas, ne serait qu'un pis-aller, que ce soit par les psychothéra-

pies connues ou par des médicaments, aussi «nouveaux» soient-ils. Dans le passé récent, on n'avait guère d'autre choix que de traiter les symptômes, camoufler le mal. Maintenant que la catharsis l'a démontré, c'est à la source qu'il faut tenter de s'attaquer si l'on vise la guérison. Or cette source est accessible par le malade lui-même, et la technique pour lui permettre d'y accéder est mise au point. Il ne reste plus aux professionnels de la santé qu'à s'y initier. Voudront-ils le faire?

D'autres questions

Les chercheurs du domaine de la santé sont sans doute très savants et très patients. Ils mettent parfois des années avant de pouvoir montrer comment les choses se passent dans l'organisme malade. Toujours, ils mettent en évidence des synergies, des échanges ou des transformations biochimiques ou «électriques» qui expliquent comment une cellule, un organe ou un système en arrivent à ne plus fonctionner correctement. C'est absolument passionnant pour qui s'y intéresse le moindrement, mais cela ne répond jamais à toutes les questions. Henri Laborit nous a montré que c'est la mémoire qui est en cause dans l'utilisation chronique du SIA et, donc, dans l'installation d'une pathologie. La catharsis montre la même chose par simple observation clinique. Mais cela soulève deux questions: comment se passent les choses dans l'organisme quand, en une fraction de seconde, se produit le phénomène d'occultation ou, par la suite, quand survient une guérison spontanée (ou miraculeuse, comme l'on voudra)?

Le phénomène d'occultation

À l'origine des malaises résolus par la catharsis, il y a toujours une série d'occultations dont la première se situe généralement entre trois et six ans, rarement plus tôt. Dans sa quatrième expérience, Laborit efface la mémoire à court terme du rat par électrochocs. Il dit qu'ainsi le souvenir des tourments subis ne parvient pas à la mémoire à long terme,

et que le rat ne sait pas le lendemain que ses efforts seront inutiles. Ne sachant pas cela, il ne renonce pas à agir; tentant de fuir, il utilise son SAA qui le pousse à sauter et à s'agripper. Cette action physique le met finalement à l'abri de la maladie.

C'est le recours aux électrochocs par le docteur Laborit qui m'a mis sur la voie de la compréhension. J'étais tellement «allergique» à cette technique médicale que j'avais omis d'en voir l'intérêt ponctuel. Il se pourrait que l'être humain soit capable de produire pour lui-même un phénomène similaire en cas de besoin (une minicrise d'épilepsie?), ce qui expliquerait sa capacité d'occulter un souvenir. L'hypothèse est séduisante et a des chances de se vérifier. Mais dans ce cas, cela signifierait à coup sûr qu'un électrochoc produit par un cerveau humain n'empêche pas le passage d'un souvenir dans la mémoire à long terme. Cela indiquerait plutôt que ce passage est court-circuité et que le souvenir est ainsi dévié vers le plus profond du Subconscient; ce qui installerait un affect, générateur potentiel de perturbations physiques ou psychiques. S'il s'agit bien de cela, il faudra pouvoir expliquer un jour ce qui se passe biochimiquement quand un incident fortuit (l'accident de G. par exemple) réactive tous les affects en même temps pour provoquer une inhibition instantanée et critique de l'action. Corollairement, cette recherche montrerait peut-être que les crises d'épilepsie sont des tentatives (avortées?) de l'individu pour installer l'oubli de souvenirs déplaisants!

Les électrochocs médicaux

Quand les médicaments ne réussissent pas à atténuer les états dépressifs graves, il arrive encore trop souvent que l'on soumette les malades aux électrochocs, ce qui n'est pas une mince affaire. Le patient doit être anesthésié et curarisé avant l'intervention, et j'aurais aimé qu'un praticien qui administre ces électrochocs soit présent quand, dans deux cas différents, des clients ont revécu ces moments en cathar-

sis: leur Subconscient avait enregistré les fulgurances du choc, les descriptions qu'ils en faisaient étaient psychédéliquement cauchemardesques. Malgré cela, j'ai pu faire émerger des souvenirs occultés d'événements survenus antérieurement au traitement médical; cela montrerait que les électrochocs médicaux ne parviennent pas toujours (et peut-être jamais?) à effacer la mémoire à long terme, sinon pour une période dont la durée peut varier d'un individu à l'autre.

Il est devenu clair pour moi que la psychiatrie des médicaments et des électrochocs s'est engagée sur une voie qui va dans le mauvais sens. La catharsis prouve que les gens peuvent se guérir si les souvenirs occultés remontent au Conscient; certains psychiatres font tout, au contraire, pour installer l'oubli. Il est vrai que, pour un temps, l'oubli peut donner un répit et empêcher la fuite vers une psychose chronique. Mais il ne donnera jamais plus qu'un répit et, en maintenant l'oubli chez les déprimés, on prend peut-être le risque de les «condamner» de toute façon à la non-guérison! Le cas de I. ne le montre-t-il pas?

J'ai la conviction que l'orientation psychiatrique dont je viens de parler a été rpise en toute bonne foi, en se fiant au fait que des améliorations sont obtenues, même si elles peuvent n'être que passagères et même si elles ne conduisent pas à la guérison. Le plus dramatique, dans le cas de plusieurs psychiatres, c'est qu'ils semblent avoir perdu l'espoir de guérir. Et pourtant, grâce à leur expérience et à leurs connaissances, ils pourraient contribuer à raffiner une approche favorisant la remémoration qui libère. Il est des cas où l'accès au Subconscient ne peut plus se faire via une simple détente (schizophrénie par exemple), mais où il serait encore temps d'intervenir avant qu'il soit vraiment trop tard. C'est une technique typiquement médicale qui pourrait alors permettre cet accès. Ne voilà-t-il pas, dans l'optique de la catharsis, un champ d'action stimulant pour la psychiatrie qui, par surcroît, dispose des moyens susceptibles d'être utilisés pour de tels cas.

Eh oui! la médecine se trompe

Que l'on ne s'étonne pas trop de mon audace quand j'ose suggérer que la psychiatrie pourrait avoir choisi la mauvaise voie. Les anecdotes ne manquent pas pour montrer qu'il peut en être ainsi dans d'autres branches de la médecine. En pédiatrie, par exemple:

Depuis de nombreuses années, il était établi que les prématurés devaient être nourris de lait reconstitué à partir d'une formule qui tenait compte des besoins spécifiques de ces bébés. La raison scientifique donnée était que la composition du lait maternel ne convenait absolument pas, sa formule chimique ne correspondant pas aux normes établies. Puis, en 1982 je crois, arriva la nouvelle qu'on venait de découvrir un véritable produit miracle très bon marché pour assurer au mieux la survie des bébés nés avant terme: le lait de leur mère! Pendant des années, on avait tout simplement négligé de se rendre compte que la composition chimique du lait de la mère se modifie au fur et à mesure que l'enfant se forme, et qu'ainsi il est toujours parfaitement adapté aux besoins d'un éventuel prématuré. Quand les grands professeurs des facultés avaient décrété que le lait maternel était impropre à nourrir un prématuré, ils s'étaient basés sur la composition du lait des femmes ayant eu une grossesse de neuf mois! Forts de leur conviction erronée, ces professeurs avaient mal instruit des générations de médecins. L'erreur a été corrigée, cela nous permet de croire que d'autres pourraient l'être!

En médecine générale il existe encore aujourd'hui des cas aussi flagrants de sottise perpétuée en faculté: entre autres, le traitement des brûlures d'estomac. J'emprunte cette information au docteur Emmanuel Alix, auteur du livre *Un médecin accuse* (2-96). Le docteur Alix, fort de son expérience en radiologie et en gastro-entérologie, écrit:

> «Les erreurs digestives sont les plus fréquentes et c'est ainsi qu'au point de vue gastrique, par exemple, des centaines de milliers de malades souffrent de brûlures

d'estomac entretenues et souvent aggravées par le traitement qui leur est recommandé. [...] Le médecin moyen, lorsqu'il se trouve en présence d'une personne se plaignant de brûlures d'estomac, n'hésite pas une seconde: il va lui prescrire des alcalins, et il a un large choix. [...] À cette médication alcaline, propre à éliminer tout le principe actif du suc gastrique, il ne manquera pas d'ajouter des sédatifs qui diminuent la vigueur des contractions gastriques, cependant nécessaires à l'évacuation de l'organe, et modèrent les sécrétions. Ainsi non content de neutraliser l'acide chlorhydrique indispensable à la digestion, il va encore interdire aux cellules d'en fabriquer. [...] Mes malades se plaignant de brûlures d'estomac les ressentaient en général environ trois à quatre heures après la fin du repas, accompagnées d'une lourdeur épigastrique. Si leurs troubles avaient eu pour cause un excès d'acide, la digestion se serait faite rapidement et, au moment des douleurs, ils auraient dû avoir l'impression d'un vide dans l'estomac. Pourquoi alors ne pas admettre qu'il s'agissait chez la plupart d'entre eux d'un excès d'alcalinité gastrique ralentissant l'évacuation de l'estomac dans lequel, après quelques heures, les aliments subissaient des fermentations anormales provoquant la formation d'une fausse acidité n'ayant aucune action digestive, mais apte à provoquer l'apparition d'une gastrite chronique?»

En bref, le docteur Alix fait remarquer que des gens prennent des préparations alcalines pendant des dizaines d'années sans que cela leur apporte autre chose qu'une sensation de soulagement. Mais ils finissent par souffrir d'une gastrite chronique, et ne guérissent jamais. Ce qu'il faudrait faire, si l'on veut guérir, dit le docteur Alix, c'est supprimer carrément le traitement par les alcalins et le remplacer par des produits acides sagement dosés. Mais, constate-t-il:

«Bien rares sont les médecins qui songeraient à soigner des brûlures par de l'acide. On leur a appris, quand ils

usaient leur fond de culotte sur les bancs de l'université, que la brûlure se traitait en neutralisant l'acide et, d'un bout à l'autre de leur carrière, c'est une spécialité alcaline qu'ils prescriront, contribuant ainsi à entretenir et à aggraver le mal.»

Voilà un bel exemple pour illustrer le vieux réflexe allopathique (traitement des contraires par les contraires) et pour montrer ce qu'est une maladie iatrogène. Sur sa lancée, le même docteur Alix dénonce l'usage des produits irritants prescrits pour combattre la constipation; il arrive encore à la conclusion que le médecin généraliste va une fois de plus dans la direction contraire aux intérêts des patients. Il s'empresse toutefois de dire que ces médecins ne sont pas vraiment à blâmer, que ce sont leurs enseignants les premiers fautifs.

Les guérisons spontanées expliquées?

On ne peut nier la réalité des guérisons que certains disent miraculeuses et que je préfère appeler spontanées, mystiques ou psychiques. Depuis l'Antiquité, sur tous les continents et sous toutes les croyances, on a rapporté des cas de guérisons extraordinaires. C'est cependant dans les sanctuaires chrétiens que ces guérisons sont le mieux observées, constatées et recensées. À Lourdes, par exemple, deux organismes sont appelés à authentifier ces guérisons: le Bureau médical de Lourdes et le Comité médical international. Il n'y a aucun doute que des guérisons inexplicables sur le plan scientifique se produisent à cet endroit.

Certains pensent que ces guérisons sont des dérogations exceptionnelles aux lois de la nature, et ils les expliquent par une intervention surnaturelle. D'autres, dont je suis, refusent d'y voir des phénomènes contraires aux lois universelles. Ils pensent qu'une explication scientifique sera donnée un jour et qu'il n'est pas opportun de recourir à Dieu pour expliquer un phénomène si des causes humaines peuvent suffire.

Sans avoir besoin de m'appuyer sur le cas de H., je fais un constat qui me semble capital: **la guérison spontanée n'est possible que pour les gens qui ont gardé l'esprit.** En effet, sauf erreur, on ne retrouve nulle part dans les annales le récit de la guérison d'un débile profond*. Si une intervention divine était vraiment à l'origine de ces guérisons, il est bien évident qu'une déficience mentale humaine, ou n'importe quelle autre déficience, ne pourrait y faire obstacle.

La question serait tranchée, si l'on parvenait à démontrer scientifiquement comment une guérison peut se produire en un instant ou presque. Il faudrait montrer quelles sont les hormones mises alors en jeu, quelles sont les voies suivies, les fulgurantes réactions engendrées. Je comprends que l'on ait jusqu'ici renoncé à trouver ces réponses: il aurait fallu qu'il soit possible de savoir d'avance que telle personne guérirait «miraculeusement» tel ou tel jour. Sachant cela, il aurait été possible de raccorder cette personne à un appareillage idoine ou de prévoir des prélèvements à faire au moment précis de la guérison. On aurait pu, grâce à cela, constater et mesurer les modifications biologiques se produisant à l'instant du «miracle». C'était impossible à réaliser. Ce ne l'est plus.

Si l'on veut bien s'en souvenir, à l'instant où une catharsis prend fin, à la sortie du tunnel, il se passe quelque chose de tout à fait extraordinaire. Est-ce une illumination, une béatitude, une transfiguration? C'est, en tout cas, une transformation mentale et physique. Certaines personnes qui vivent cela manquent de superlatifs pour décrire ce qu'elles ressentent, et finissent par dire que les mots ne peuvent décrire ce qui se passe en elles. Cela est surtout vrai quand les séances de travail ont bien été systématiquement quotidiennes, ce qui n'est, hélas!, pas toujours réalisable. Or, la fin d'une catharsis peut être prévue deux ou trois jours d'avance. Il devient dès lors possible d'installer le sujet

---

* *Tel que nous le définissons aujourd'hui.*

d'expérience dans un laboratoire équipé convenablement, et de permettre à une équipe multidisciplinaire de se préparer à enregistrer ce moment exceptionnel sous tous les paramètres possibles et imaginables.

Ne serait-ce pas la recherche la plus fondamentale qui soit, en matière de santé humaine? Peut-on imaginer la portée d'une telle mise en lumière des moyens pris par un organisme pour provoquer une guérison, quelle que soit la nature de la maladie, les organes ou les sytèmes impliqués? Or, je veux le dire encore, cela est maintenant parfaitement possible à réaliser. Le moins que l'on pourrait faire, c'est de le vérifier.

Pour encourager à l'établissement d'un protocole expérimental de cette nature, je crois utile de soumettre un texte de Llyal Watson, biologiste (27-129) et, ensuite de présenter un autre cas clinique extrait de mes dossiers.

Watson écrit:

> «[...] Il y a trois mille cinq cents ans, la littérature védique développait déjà l'idée que la source de puissance la plus élevée dans le corps était située entre les sourcils. Les anciens Hindous fondaient cette croyance sur un fait que les anatomistes occidentaux ne découvrirent eux-mêmes qu'en 1886. Cette année-là, deux monographies indépendantes l'une de l'autre apparurent en Allemagne et en Angleterre, chacune faisant ressortir que le corps pinéal était en réalité un troisième œil, et qu'il s'était développé à partir d'un point central sensible à la lumière et que l'on peut encore voir chez les reptiles primitifs, comme les fameux tuataras de Nouvelle-Zélande. Chez cet animal qui ressemble au lézard, le système pinéal consiste en une petite cavité, dont la paroi externe est devenue une lentille et la paroi interne une rétine reliée au cerveau par des nerfs. [...] Chez les primates supérieurs **et les êtres humains***, le cerveau

* *Souligné par moi.*

s'est tellement développé que la glande pinéale se trouve maintenant à moitié cachée au milieu du crâne. Si nous avions conservé une couche de peau translucide, elle apparaîtrait entre les deux yeux, légèrement au-dessus, là exactement où apparaît l'Œil de l'illumination dans les œuvres d'art hindoues.»

Il poursuit: «Jusqu'à il y a environ une quinzaine d'années, on pensait que notre glande pinéale était un vestige inutile datant de l'époque reptilienne. Puis, en 1959, Aaron Lerner, de l'université Yale, découvrit qu'elle fabriquait une hormone qu'il appela mélatonine. Il y eut un renouveau d'intérêt pour le corps pinéal, et une année plus tard, il s'avéra que la mélatonine était fabriquée à partir de la sérotonine, substance très curieuse qui se rencontre dans les endroits où l'on s'attendrait le moins à la trouver: dans les dattes, les bananes et les prunes, mais surtout dans une espèce de figue sauvage qui pousse sous les tropiques. En Afrique, ces figuiers se nomment «banyans»; ils sont sacrés pour beaucoup de gens, et on les coupe rarement. En Inde, ils sont connus sous le nom de «bo», et l'on dit que c'est sous l'un de ces arbres que le prince Sidharta Gautama était assis (mangeant des figues?), lorsqu'il comprit soudain les causes des souffrances humaines. Cette illumination fut à l'origine du nom qu'on lui donna par la suite: **le Bouddha**.»

Il continue: «La molécule de sérotonine ressemble beaucoup à celle d'une substance qui fut extraite pour la première fois de l'ergot de seigle, et que l'on synthétise aujourd'hui sous la forme de l'Acide Lysergique Diéthylamide, ou LSD. Malgré tout ce qui a été dit et écrit sur cette fameuse substance, nous ne savons toujours pas très clairement comment elle agit sur le cerveau. L'hypothèse la plus vraisemblable est que le LSD

s'oppose à la sérotonine et modifie sa concentration dans les cellules du cerveau; ce changement entraînerait de fortes dilatations de la perception [...] Peut-être

que toute illumination dépend de l'activité de la sérotonine et de la glande pinéale, et que la combinaison des facteurs fournissant le stimulus nécessaire à ce système est susceptible d'être découverte dans n'importe laquelle des nombreuses voies qui s'offrent...»

Ce n'est évidemment pas le LSD et ses effets que je veux mettre en lumière — ce n'est qu'un produit de synthèse — mais bien la glande pinéale et la mélatonine et la sérotonine. Plus récemment, on a découvert d'autres hormones cérébrales aux caractéristiques étonnantes: les endorphines, au-delà de cent fois plus puissantes que la morphine extraite du pavot. Mélatonine, sérotonine et endorphines, des hormones cérébrales qu'on retrouve aussi dans les fruits et les plantes, sous forme atténuée. Nous restons en plein dans l'organisation cohérente de la nature et notre quête est précisément d'appréhender un peu plus des secrets de cette nature dont les lois nous gouvernent. Si l'on devait mettre en évidence le rôle de la pinéale dans le processus de guérison, quelle vivifiante rencontre ce serait des cultures occidentale et orientale! J'avoue que cela me ravirait.

Le cas de J.

Fin décembre 1980. Je reçois une jeune femme affligée de nombreuses phobies; elle se plaint de permanents maux de tête qui se révéleront être des céphalées de tension, et non des migraines comme on lui avait dit. Elle se plaint également d'un problème à la gorge, en particulier d'une sensibilité douloureuse des ganglions du cou. Le plus préoccupant, c'est un problème d'équilibre qui, souvent depuis plusieurs années, lui a fait perdre pied dans des escaliers. Le tout se conjugue pour qu'elle ressente un perpétuel inconfort physique et psychique. D'après ses dires, de multiples visites

en médecine n'avaient jamais apporté que des soulagements passagers; c'est pourquoi elle s'adressait finalement à moi.

Après avoir vérifié qu'une catharsis était indiquée, je demandai avec insistance qu'elle consulte un neurologue:

j'avais cru discerner des signes indiquant qu'un examen médical spécialisé s'imposait. Il me fut impossible de lui obtenir un rendez-vous immédiatement; son mari réussit à convaincre un spécialiste nez-gorge-oreilles de la recevoir dix jours après. Le docteur X..., O.R.L., constate bien le problème flagrant de manque d'équilibre, mais il hésite à entreprendre l'exploration de l'oreille interne. Concernant la sensibilité des ganglions du cou, il ne voit rien qui puisse les expliquer. Il demande une consultation urgente en neurologie auprès d'un de ses amis et le rendez-vous est fixé au 29 janvier.

Mais le 20 janvier la catharsis prend fin. Elle a montré que les pertes d'équilibre étaient dues à une scène de forte densité émotive vécue au pied d'un escalier. Les problèmes de gorge résultaient de réactions allergiques provoquées par un sirop prescrit que le médecin traitant renouvelait malgré les effets secondaires signalés par J. Elle avait 17 ans quand on décida de lui enlever les amygdales, ce fut vraiment catastrophique: elle revécut dans mon fauteuil les affres d'un choc anaphylactique* survenu en cours d'intervention chirurgicale. Tous les autres problèmes furent également débusqués par la remémoration de divers incidents. Cependant, aucune amélioration ne s'était manifestée au fur et à mesure que nous avançions. Ce n'est que dans les dernières minutes de la catharsis que J. prit conscience du problème affectif qui reliait entre eux les incidents revécus. Alors, ce fut la sortie du tunnel, absolument pathétique: en un instant, J. savait, ressentait que tous ses maux «guérissaient» en même temps. Je venais d'assister à une multiguérison instantanée et c'était prodigieux.

Arriva le 29 janvier, jour de la visite chez le docteur

Y..., neurologue. J. ne voulait pas y aller puisqu'elle se sentait guérie, je lui demandai de se soumettre à l'examen du spécialiste, à tout hasard. Ayant en main le rapport fait par

---

* *Réaction allergique aiguë dont l'issue peut être fatale.*

son confrère, le neurologue se met à l'œuvre pour évaluer l'ampleur des désordres neurologiques pouvant expliquer les fréquentes pertes d'équilibre. Mais tous les tests sont négatifs y compris ceux que le docteur X avait pourtant trouvé positifs et qui justifiaient le transfert de compétence. Ce fut, paraît-il, une scène vaudevillesque qui se passa: le docteur Y. ne comprenait rien à une situation absurde, puisqu'il avait devant lui une patiente parfaitement saine mais que son confrère lui avait référée en invoquant l'urgence! Qui se moquait de qui? J. expliqua qu'elle avait entre-temps terminé une catharsis et que tous ses symptômes avaient disparu en même temps. L'autre, n'y voyant rien qui puisse s'accorder à sa formation médicale, aurait haussé les épaules en abandonnant la partie! L'histoire ne dit pas ce que les deux médecins auront pu échanger au sujet de cette guérison inopportune.

J'aurais le goût de commenter le comportement du neurologue car, enfin, si sa vocation est bien celle d'un être dévoué à la santé des autres, n'aurait-il pas dû avoir le réflexe de s'informer du pourquoi ou du comment de la guérison constatée? Mais, à quoi bon, c'est un exemple de plus pour illustrer que beaucoup de médecins sont intimement convaincus qu'en dehors d'eux il n'y a point de salut. Le problème serait-il dans la formation qu'ils reçoivent?

Je ne pourrais trouver mieux, pour clore ce chapitre, que de citer une autre fois le docteur Laborit (18-187):

> «... Nous n'avons nullement l'intention d'être à l'origine d'une pathologie spécifique du médecin en introduisant le doute et l'angoisse dans son action thérapeutique, mais au contraire de le pousser à abandonner un

tique, mais au contraire de le pousser à abandonner un peu de son pouvoir à d'autres disciplines et à coopérer avec ceux qui les représentent...»

Chapitre VI

OBJECTIF: SANTÉ

Les découvertes scientifiques sur la richesse et la complexité de la nature révèlent la pauvreté de nos approches habituelles de la santé et, spécialement, de nos efforts pour traiter de l'extérieur, par la force et l'invasion, des systèmes dont l'équilibre délicat ne peut être corrigé que si le médecin intérieur y participe.

Marilyn Ferguson

Il est difficile de comprendre les problèmes de santé si l'on veut ignorer certains faits fondamentaux. Bien que le sujet soit délicat à aborder, je ne vois pas comment je pourrais éviter de le faire. En effet, comment est-il possible de savoir où l'on peut aller si l'on ignore d'où l'on part?

L'espèce humaine est la seule qui soit capable de contrecarrer les desseins de la nature. Les végétaux et les animaux sont totalement soumis aux lois de la sélection naturelle: seuls les plus aptes à assurer la reproduction d'une race saine survivent. La femelle qui trouve un sujet taré dans sa

portée l'élimine sans hésiter, mais elle n'hésite pas davantage à sacrifier sa vie pour protéger les petits qui sont normalement constitués. C'est qu'elle ne raisonne pas, elle répond à des impulsions inconscientes, aux impératifs de l'instinct.

Nous sommes, pour la plupart, incapables d'accepter une telle soumission, notre faculté de raisonner nous en empêche: sensibilité, émotivité, culpabilité sont les contreparties de nos aptitudes à créer, à réaliser, à aimer. C'est grâce à cela que nous nous démarquons du monde animal et

il est légitime que nous en soyons fiers. Cela nous demande toutefois d'être logiques avec nous-mêmes, c'est-à-dire d'accepter de voir que nos problèmes de santé sont infiniment plus considérables que ceux des animaux. Encore nous faut-il distinguer entre animaux sauvages et animaux domestiques. Ces derniers bénéficient de notre science, ils ont perdu une bonne part de leurs caractérisitiques raciales: ils peuvent être, comme nous, malades de la civilisation. Vaccinés, médicamentés et pris en charge par l'homme, ils peuvent devenir tellement dépendants qu'ils ne sont plus que des sous-produits dégénérés. Par exemple, combien de vaches laitières seraient capables de mettre bas sans aucune aide extérieure? Combien d'heures un caniche survivrait-il s'il était perdu en forêt? La question n'est pas, ici, de nier la nécessité des produits alimentaires, ou encore de critiquer l'agrément que nous retirons de nos animaux familiers (j'ai deux adorables caniches), mais bien de mettre l'accent sur un point fondamental: nos problèmes de santé ne seraient pas aussi généralisés si les lois de la nature n'avaient pas été contournées. On aide les moins forts à survivre, ce qui est tout à notre honneur, mais cela implique le risque que se transmettent génétiquement des systèmes immunitaires imparfaits.

Cela se vérifie en constatant que certaines familles montrent des dispositions au diabète ou à la dépression nerveuse, aux problèmes cardiaques, respiratoires ou autres.

Ces lacunes congénitales n'existent toutefois que potentiellement, et une prédisposition n'est pas une maladie en soi, loin s'en faut: il est courant que, dans ces familles, des personnes passent une vie entière en bonne santé. Mais cela veut quand même dire que cette fragilité de constitution augmente les risques pathologiques en cas d'inhibition de l'action relativement brève.

Prenons le cas d'une famille où l'on est prédisposé aux états dépressifs. Il arrivera sans doute que certains enfants n'auront pas à vivre des situations à forte intensité émotive; ceux-là seront en relative bonne santé. D'autres, par contre,

se retrouveront un jour dans une situation telle (n'importe lequel des cas cliniques cités) qu'ils feront une dépression nerveuse ou une crise d'anxiété aiguë. Il pourra même arriver qu'un membre de cette famille bascule dans une psychose maniaco-dépressive, selon les circonstances. Le même exemple pourrait être repris à l'infini en prenant le cas de familles présentant d'autres types de faiblesse congénitale.

Il faut savoir cela pour comprendre qu'un même événement traumatisant peut être à l'origine de maladies très différentes les unes des autres. Revenons au cas de A. Si elle était née dans une famille prédisposée au diabète, il est probable que, dans les mêmes circonstances, c'est de diabète qu'elle aurait souffert, plutôt que d'un urticaire géant. Ou d'arthrite rhumatoïde, d'ulcères gastriques, de cardiopathie, etc. selon, toujours, ses prédispositions génétiques.

Quand il n'y a pas de prédisposition, on peut alors s'infliger la maladie de son choix, comme dans le cas de H. qui, pour punir sa mère, à choisi les mêmes symptômes que ceux des jeunes malades qui provoquaient la commisération de toute une population. Il peut également arriver que l'on trouve une combinaison «prédisposition plus choix». E. était prédisposée aux jaunisses, elle en souffrit donc, mais en plus elle se punit en devenant frigide, affection reliée spécifiquement à sa «faute».

cinquième à sa «faute».

Cela compris, on touche alors du doigt le problème fondamental de la médecine. Ayant orienté son action vers le traitement des symptômes, elle se condamne à errer dans beaucoup de cas. On avait beau traiter A. pour son urticaire, elle ne pouvait en guérir qu'en remontant à la source, comme ce fut fait en catharsis. Le brave médecin qui soignait H. pour un rhumatisme articulaire aigu n'avait aucune chance de contribuer le moindrement à sa guérison: il parvenait, tout au plus, à atténuer les douleurs en prescrivant des analgésiques et, dans une certaine mesure, il risquait même de provoquer une authentique cardiopathie s'il prescrivait des médicaments non appropriés. Les médecins de E. en la

bourrant d'hormones et de tranquillisants faisaient eux aussi correctement leur métier, mais ils n'étaient pas conscients de ce qu'ils faisaient vraiment en traitant une aménorrhée (absence de règles), une jaunisse et une dépression grave dont ils ignoraient l'origine unique. Selon l'enseignement reçu et les règles de pratique établies, ils traitaient chaque désordre de santé pour lui-même — morceau par morceau — à l'aide de médicaments variés, alors que toutes les somatisations traduisaient une culpabilité. Des somatisations qui auraient pu disparaître d'elles-mêmes si on avait su trouver le «pourquoi». Malheureusement, les médecins ne sont pas formés dans cette optique et c'est peut-être pour cela que le docteur Laborit se dit incapable de pratiquer encore la médecine s'il ne connaît pas d'abord le passé des gens.

Une autre façon de voir

Dans son livre *La lumière médicale* (4-211), le docteur Norbert Bensaïd montre le souci médical de trouver une «cause» aux maladies. Mais par cause, il faut comprendre que l'on désigne le signe physique ou l'anomalie biologique qui pourraient être mis en «cause» et non pas, comme nous l'entendons ici, la raison première, le «pourquoi» dont j'ai

tant parle au début. Cela précise, voyons ce qu'il dit:

> «La recherche passionnée d'une cause isolable, identifiable, mesurable, est-elle au moins justifiée par l'espoir, sur lequel elle repose, d'un traitement plus efficace? En fait, les traitements étiologiques sont, en médecine, beaucoup plus un vœu et une ambition qu'une réalité. Ils ont triomphé et triomphent encore aujourd'hui dans les maladies infectieuses, et la gloire des antibiotiques tient justement à cette heureuse exception. Pour une fois, on tenait vraiment une cause (en tout cas une cause immédiate), les germes infectieux, et un traitement de cette cause, les antibiotiques. Mais déjà, avec les infections à virus, cela cesse d'être vrai. On ne sait pas les combattre. Et tout le reste de la

> thérapeutique ignore à peu près complètement les traitements étiologiques*. On ne guérit pas une fracture, ni une maladie métabolique (diabète, goutte, hyperlipidémie ou cholestérol), ni un accident météoropathologique (coup de chaleur ou de froid), ni, à plus forte raison, une tumeur cancéreuse ou une maladie vasculaire en traitant les causes. Ni, non plus, les rhumatismes ou le vieillissement. Ou bien on ne connait pas la cause, ou bien il n'y a pas de «cause», ou bien encore **elle est hors de portée.****
>
> Ce n'est pas le moindre paradoxe de cette médecine que de fonctionner sur un mode causaliste et de ne pouvoir presque jamais traiter une cause. Même la thérapeutique des maladies infectieuses connaît, au fond, des limites. On peut toujours affirmer qu'une infection de la gorge est streptococcique, qu'un furoncle est dû au staphylocoque, une cystite au colibacille, et traiter les agents causals. Cela n'explique absolument pas **pourquoi*** ces infections, apparemment et logiquement guéries, ne cessent de récidiver. On chasse le microbe, il revient au galop.
>
> Et l'on voit [illegible]

Et d'ailleurs, dans de nombreux domaines, si la médecine a fait d'énormes progrès, c'est en ayant sagement renoncé à son ambition de traiter la cause. La plupart des états de détresse sont soignés, dans les services de réanimation, de la même manière, quelle qu'en soit la «cause»: on assiste l'organisme, on l'aide à passer le mauvais cap, on le fait vivre en attendant qu'il ait surmonté, **de lui-même,**** les désordres qui mettaient sa vie en danger, ou que l'on ait aidé, à bon escient, à le combattre [...] Cette pensée étroitement causaliste a d'abord servi les progrès de la médecine,

---

* *Etiologie: étude de toutes les causes prédisposantes et déclenchantes d'une maladie, ainsi que des circonstances qui entourent son apparition.*

** *Souligné par moi.*

mais elle les a ensuite freinés. Elle anime aujourd'hui, massivement, la politique de prévention. Avec les mêmes blocages, les mêmes entêtements. Et, il faut le craindre, avec les mêmes conséquences.»

Ne bénéficiant pas a priori de l'autorité que confère un titre officiel, je suis bien obligé de m'appuyer sur celle de ceux à qui on ne peut la nier. C'est pourquoi j'ai aussi régulièrement recours aux citations qui, il faut bien le remarquer, sont généralement celles de médecins parlant de «leur» médecine, telle qu'enseignée. Ils réfutent ses prétentions à monopoliser les soins de santé au nom d'un savoir et de capacités qu'elle ne possède pas autant qu'elle le dit. Ils sont de plus en plus nombreux à clamer qu'une réforme est nécessaire pour que leur profession retrouve la crédibilité qu'elle n'aurait jamais dû contribuer à perdre en se prétendant omnisciente.

Le docteur Bensaïd, chroniqueur médical au *Nouvel Observateur*, souligne que même dans le traitement des infections par les antibiotiques, on ne sait pas pourquoi ces infections ne cessent de récidiver. En fait, elles ne peuvent être vraiment guéries que si l'on identifie l'inhibition de l'ac

être vraiment guéries que si l'on identifie l'inhibition de l'action qui perturbe le système immunitaire. Cette inhibition peut être actuelle, récente, et quelques consultations en psychologie ou en psychothérapie suffiront pour l'identifier. Cela fait, la personne en cause pourra choisir un moyen d'agir pour sortir d'inhibition. Alors, et seulement alors, le médecin pourra intervenir efficacement pour éliminer le foyer d'infection. Mais si l'inhibition actuelle **est dérivée d'affects occultés,** ni la psychologie classique, ni aucune des psychothérapies connues, ni a fortiori la médecine, n'arriveront à résoudre le problème. C'est ce que je vais m'efforcer de démontrer à partir d'ici.

Les psychosomaticiens

Il y a des psychosomaticiens qui sont médecins, et d'autres qui ne le sont pas. La psychosomatique n'est pas enseignée comme une spécialité médicale, et le titre n'est

sanctionné par aucun diplôme d'État. Pas plus que le titre de psychothérapeute. La médecine psychosomatique combine psychologie (ou psychothérapie) et médecine classique. C'est ainsi qu'un seul individu, s'il est médecin, et s'il a reçu une formation en psychologie, pourrait contribuer à l'identification d'une inhibition actuelle, aider son patient à se décider à l'action libératrice et, ensuite, le traiter médicalement si c'est encore nécessaire, comme dans le cas d'une infection. Mais le plus souvent, un patient est déjà sous traitement médical et c'est parce qu'il n'est pas mieux qu'il consulte un psychothérapeute (le cas de I.). Dans un tel cas, c'est véritablement un travail de psychosomaticien que fera le thérapeute. De toute manière, les affections psychosomatiques sont le plus généralement jugulées par une équipe, non concertée, formée d'un psychothérapeute et d'un médecin qui ne se connaissent même pas. Le dernier n'entendant probablement jamais parler de l'intervention de l'autre, pourra croire en toute bonne foi que ce sont «ses» pilules qui ont guéri! Il reste que, dans beaucoup de cas (tous

ceux que j'ai cités en font partie), la guérison se fait sans participation médicale.

Je reviens encore sur le cas de A. Pendant treize ans elle avait été vue par des généralistes, des dermatologues et, en dernier, par un médecin psychosomaticien. Rien n'y fit, comme nous l'avons vu, et quand elle se guérit grâce à la catharsis, aucun médicament n'y contribua. On se souvient qu'elle avait décidé d'être malade pour attirer l'attention de sa mère et qu'il avait suffi qu'elle laisse remonter jusqu'au Conscient ce souvenir occulté pour être guérie; sa catharsis avait demandé une quinzaine d'heures.

Si le psychosomaticien est passé à «côté» du cas, ce n'est certainement pas par incompétence: il avait probablement cherché un problème psychique actuel (ici maintenant). Il était relativement facile d'en trouver plus d'un, mais cela ne suffisait pas parce qu'il y avait des affects, donc des souvenirs culpabilisants occultés.

Le cas de A. est encore plus significatif que ce que j'en ai montré jusqu'ici. Car, il y a une suite, aussi importante que la catharsis elle-même.

La suite du cas de A.

J'avais recommandé à cette jeune fille de dire à sa mère le pourquoi de sa maladie. Trois raisons justifiaient cette demande: a) La cause n'était pas d'ordre confidentiel (pas «honteuse»!). b) La «confession» de la pensée «punitive» assurerait un complet débarras du sentiment de culpabilité. c) La mère serait certainement soulagée de savoir pourquoi et comment sa fille était enfin guérie après tant d'années de tâtonnements et d'inquiétudes.

Quelques mois plus tard, A. vint m'annoncer qu'elle partait travailler à l'étranger pour plusieurs mois. Elle en était très heureuse mais elle me confiait en même temps sa préoccupation de quitter sa mère qui, paraît-il, était trop

portee a s'inquieter pour la securite de ses enfants. Je demandai à ma jeune cliente si elle avait informé sa mère au sujet de sa catharsis: elle ne l'avait pas fait de peur que la maman se culpabilise, même quatorze ans après! J'insistai encore pour qu'elle le fasse avant de partir, mais elle hésitait.

Connaissant toute l'histoire de sa catharsis, je savais bien la facilité que A. pouvait avoir à se culpabiliser. Comme elle s'informait du risque qu'une poussée d'urticaire puisse tout à coup ressurgir alors qu'elle était au loin, je lui appris une méthode simple qui lui permettrait probablement d'identifier un éventuel stress (je ne savais rien encore de l'inhibition de l'action). Ainsi, elle pourrait apprendre de son Subconscient la raison d'une quelconque maladie ou infection pouvant survenir.

Trois mois après, je reçois une lettre me donnant son adresse et son numéro de téléphone. Elle écrit:

> «Je suis très heureuse d'être ici. Ça fait beaucoup de bien. Je crois sincèrement que ce fut la meilleure déci-

> sion de ma vie. [...] **Mais**, je suppose que tout ne peut être parfait, mon urticaire me cause des problèmes. Eh oui! heureusement que vous m'avez montré comment faire pour trouver le problème. Ça m'est arrivé déjà cinq ou six fois et, cette semaine, je me suis tapé une bonne crise. Résultat: 2 jours enfermée dans ma chambre. Les autres fois, je réussissais toujours à trouver le problème; cette fois aussi pourtant, mais peut-être que le processus physique était déjà enclenché. Est-ce possible? Les causes sont toujours plus ridicules les unes que les autres (ex.: invitation manquée).
>
> Comment se fait-il que tout m'affecte ici? Je ne m'inquiète pas trop, je sais comment faire pour me soigner (sauf pour la grosse crise où j'avais trouvé, mais ça continuait à enfler **très** rapidement). Ça m'intrigue. Je compte sur votre discrétion habituelle, je ne voudrais

surtout pas que ma mère apprenne cela, elle s'inquiéterait trop, elle me ferait rentrer par le premier avion.»

Elle ne s'en doutait pas, mais elle avait donné la réponse dans sa lettre en parlant de sa mère. Je lui téléphonai sans attendre (les distances ne comptent vraiment pas dans un tel cas), et elle me confirma qu'elle était très mal en point, comme avant sa catharsis. Je lui fis part de mon opinion, en disant qu'elle se sentait peut-être coupable d'être **trop bien**, même loin de sa mère. Puis je lui demandai d'aller voir son tunnel. Il y avait un obstacle qui l'empêchait d'arriver à la sortie. Je fis alors verbalement comme au bureau et, immédiatement, elle retrouva des pensées qu'elle refoulait depuis son arrivée: elle imaginait sa mère inquiète! Immédiatement, le tunnel se libéra et elle put accéder sans problème à son resplendissant paysage. Tout venait de rentrer dans l'ordre.

Quelques jours après, une autre lettre arriva:

«Juste un petit mot pour vous remercier de votre appel cette semaine. Je l'ai grandement apprécié. Vous m'avez impressionné et épaté quand vous m'avez

appelée avec la solution. Vous la saviez avant de me parler et moi, ça fait 3 mois que je me creuse les méninges pour trouver! Ça va effectivement mieux. Maintenant, si ça recommence, je vais essayer de vous téléphoner, je ne vais pas le supporter 3 mois alors que ça peut prendre quelques minutes à se régler.»

Elle n'eut pas à me rappeler et quand elle vint me saluer au bureau à la fin de son séjour lointain, elle confirma que tout s'était résorbé en quelques jours et qu'elle n'avait plus eu de poussée d'urticaire depuis. Je lui expliquai que cela ne serait pas arrivé si, comme je le lui avais demandé, elle avait dit à sa mère le fameux «secret» de sa maladie quand elle était enfant. Je lui assurai que c'était nécessaire et, pour lui faciliter les choses, je lui prêtai la partie du manuscrit qui raconte son cas. Comme je m'y attendais, la maman lui dit

raconte son cas. Comme je m'y attendais, la maman lui dit son soulagement de savoir enfin le pourquoi et le comment trouvés en catharsis. Il y a plus d'un an de cela, A. n'a plus eu de poussée d'urticaire.

Je reviendrai plus loin pour aborder «l'après-catharsis» et sa période d'intégration. Je tenais à raconter cette «rechute» pour montrer une chose très importante que je n'ai comprise qu'après avoir appris les travaux de Laborit: rien ne peut nous mettre à l'abri d'une inhibition de l'action si nous ne l'identifions pas ou si nous n'agissons pas pour nous en dégager. Quelque chose n'avait pas été fait par A. après sa catharsis: elle n'avait pas rejoint son plan d'harmonie, son niveau spirituel. Elle s'était guérie, mais elle installait en même temps une nouvelle inhibition qui la rendait vulnérable aux rechutes. Ce n'est qu'après son retour qu'elle réussit à **se pardonner totalement** pour sa «faute» d'enfant. Cela lui fut possible quand elle vérifia combien sa mère était soulagée de comprendre enfin.

Est-ce à dire que jamais, quoi qu'il arrive dans sa vie, A. ne risque plus d'avoir une poussée soudaine d'urticaire? Personne ne peut le dire avec certitude, mais je pense que cela pourrait arriver. Son organisme est marqué de l'em-

preinte «urticaire», c'est son point faible; il est donc probable qu'en cas de nouvelle inhibition chronique, c'est par ce point faible que la somatisation se manifesterait. Mais ce ne serait jamais que très passager, il suffira qu'elle s'adresse à quelqu'un formé en catharsis pour que l'inhibition soit identifiée et levée en quelques minutes.

Le plan spirituel

La spiritualité dont je veux parler n'a rien à voir avec les religions ou les sectes. Je commencerai par préciser ce point. Nous pouvons nous interroger sur les mystères de la vie et de la mort, sur le pourquoi de l'existence et des difficultés qui rendent parfois la vie si difficile. Pourquoi la

maladie, les accidents, les guerres, les tragédies et les cataclysmes? Pourquoi Dieu permet-il cela? Pourquoi pas le bonheur assuré, la richesse, l'égalité pour tous? Les religions proposent des réponses à ces questionnements, des réponses et des rites qui soulignent leurs différences. Ce sont des organisations temporelles qui, bien sûr, proclament chacune avec vigueur être la vraie Religion, la vraie Connaissance, la vraie Foi. Il faut respecter la conviction de leurs adhérents, puisque c'est la foi qui sauve. Je crois que nous sommes fondalement mystiques, et je doute que ceux qui se disent athées puissent vivre sans croire à quelque chose qui gouverne l'univers et qui dépasse l'entendement. Il y a des gens qui se déclarent non-croyants, mais je ne pense pas qu'ils soient dépourvus de la spiritualité fondamentale qui conduit à la sérénité. C'est de cette spiritualité-là dont il est ici question.

Pour moi, en tant que thérapeute, la spiritualité c'est la foi en soi-même, en ses valeurs, en ses possibilités de réalisation. C'est une harmonie élargissant la conscience, générant la paix intérieure, conduisant au dépassement de soi. C'est aussi l'acceptation de ce que l'on est, de ses pulsions inconscientes comme de ses fantasmes gratifiants, de ses élans ou de ses réticences envers les autres. C'est voir le passé sans vains remords, mais savoir en tirer les leçons, ne pas craindre l'avenir, mais ne pas en attendre tout. C'est voir aujourd'hui comme le premier des jours qui restent à vivre, et savoir en apprécier les petits et grands bonheurs.

Cette foi en nous-même ne peut venir que de nous, elle se cimente dans nos pensées ou se détruit par elles. Cela implique que les autres, tout importants qu'ils soient, ne puissent trop perturber notre sérénité. Nous avons besoin d'eux, comme ils ont besoin de nous, pour exprimer nos élans d'amour, de protection ou d'admiration mais ils peuvent, en retour, n'accorder que haine, domination ou mépris. C'est pourquoi une trop grande dépendance à l'égard des autres, y compris nos intimes, peut compromet-

tre notre foi en nous-mêmes. La règle me semble absolue: c'est dans l'affirmation de soi, en acquérant son autonomie en tant qu'être unique, que l'on rejoint son harmonie.

Toutes les catharsis m'ont appris la même chose: les gens sont fondamentalement doués pour le bonheur de vivre mais on a réussi, de diverses façons toujours restrictives, à les culpabiliser et à les rendre peureux. Il n'y a rien de surprenant à ce qu'ils retrouvent la faculté d'être bien avec eux-mêmes, quand toutes ces peurs et culpabilités ont été débusquées. Si la mare a bien été récurée à fond, c'est un psychisme sain qui réinstalle la santé physique et mentale. C'est quand les plans psychique et physique ne sont plus perturbés par des affects que l'épanouissement spirituel peut se produire. Alors règne l'harmonie. Le «Moi» véritable émerge et c'est littéralement un être neuf qui prend un nouveau départ, allégé du poids mort d'un passé écrasant. Au fond, le grand secret de la catharsis, c'est qu'elle conduit les gens à se pardonner les «péchés» forgés par leur socioculture, c'est-à-dire par les autres.

Le parallèle peut s'établir avec le processus des guérisons mystiques. Les autres ont installé la crainte de Dieu en le définissant surtout comme un vengeur mégalomane. C'est à l'instant où l'on est capable de sentir qu'Il est essentiellement Amour, Compréhension et Bonté que les peurs

installées en Son nom se libèrent. On accepte alors d'être vraiment un reflet de Son image — sexualité et viscères compris —, l'on est enfin capable de se pardonner à soi-même. Et l'organisme retrouve ses équilibres en un instant, dans une vibrante explosion d'harmonie. Guérir, c'est se laver des intimidations et croire en soi autant qu'on croit en Dieu.

Vers la santé

Les travaux de Laborit ont établi que **toutes les maladies ou malaises physiques ou psychiques acquis* ont pour**

origine une inhibition chronique de l'action. Est-il possible de concevoir que l'on puisse échapper à une telle chronicité? Théoriquement, c'est oui.

Tous les enfants connaissent des moments de frustration, ou sont victimes d'injustices. Sans en avoir conscience, ils prennent des moyens efficaces pour sortir d'inhibition: ils jouent, courent, crient, s'esclaffent, se bagarrent, pleurent, se vantent, brisent un jouet, etc. Le soir venu, pour s'endormir, ils imaginent des situations qui les valorisent: ils sont champion sportif, grand chef de guerre; elles sont sauvées par un beau garçon qui devient amoureux, un prince de légende les emporte sur son cheval blanc... Ils fantasment et c'est auréolés de gloire qu'ils glissent doucement dans un sommeil profond. Le lendemain, il ne reste plus trace des frustrations. Pour autant qu'ils trouvent toujours un moyen physique ou mental d'agir, ils seront en bonne santé. Mais qu'on les empêche de faire une saine colère occasionnelle, ou qu'un maître abuse de son autorité systématiquement, et voilà un enfant qui sera fiévreux au petit matin (ou qui aura «mal au ventre», une indigestion...). Si l'inhibition n'est pas encore chronique, le petit malade se sent soudainement

---

* *En sont exclus les traumatismes dûs aux accidents, les empoisonnements, les parasitoses, les malformations ou malfonctionnements innés. Mais y sont inclus: l'obésité, l'alcoolisme, l'abus des drogues, les comportements asociaux, les névroses et les psychoses.*

mieux dès que l'heure de partir pour l'école est passée. Cela vous rappelle-t-il des souvenirs? Ce n'était pas une tricherie, seulement un moyen plus adapté pour sortir d'une inhibition plus importante. On voit l'erreur que l'on pourrait faire en ne comprenant pas que l'enfant actionne ainsi un signal d'alarme.

Le moyen de rester en bonne santé c'est, au fond, de garder une âme d'enfant ou, du moins, de ne pas perdre ces réflexes libératoires que sont les activités physique et men-

tale. Malheureusement, nous avons aussi la capacité d'abuser de nos moyens, et il pourra arriver que certains finissent par se couper des réalités en se jetant à corps perdu dans du jogging démentiel ou en se réfugiant tellement dans l'imaginaire qu'ils risquent de n'en plus sortir. Il va de soi que de tels comportements sont l'indication d'une inhibition chronique, et qu'ils doivent être vus comme des maladies.

S'il est théoriquement possible d'éliminer les inhibitions au fur et à mesure que le SIA entre en action, notre expérience de vie montre qu'il en est rarement ainsi. Des problèmes d'argent, une relation difficile avec un supérieur, une relation de couple tendue, un sinistre (incendie, accident), une ambition lésée, un emploi perdu, et d'autres choses encore, peuvent contribuer à nous affecter profondément. Il peut alors survenir des insomnies, des maux d'estomac, des douleurs musculaires ou cardiaques, une diarrhée, un urticaire, un eczéma, une allergie, un rhumatisme...

Dans tous les cas, une visite médicale s'impose. Le médecin est la personne qualifiée pour établir un diagnostic. Il est formé pour rechercher les signes de lésions qui pourraient exister sans s'être encore manifestés. Dans certains cas spécifiques*, il prescrira des tranquillisants, médicaments conçus pour faire «baisser» la pression psychique. Cela donnera un répit que l'organisme pourrait mettre à

---

* *Malheureusement, c'est souvent sans grande discrimination que les tranquillisants sont prescrits.*

profit pour se donner de nouvelles forces. Mais cela n'est justifiable que pour **quelques** jours. Si, passé ce délai, vous vous sentez encore incapable de bien «fonctionner», c'est que l'inhibition est trop importante. Si le médecin renouvelle l'ordonnance ou s'il prescrit quelque-chose-d'un-peu-plus-fort, comprenez dès cet instant qu'il avoue son impuissance: il sait que vous n'êtes pas bien, il compatit sans doute, mais il ne traitera encore que vos symptômes, pas votre véri-

table problème. Dès lors, le mieux serait d'aller au plus vite vers une psychothérapie.

Les psychothérapies

Si la pathologie découle d'une action inhibée, elle s'accompagne généralement d'anxiété, d'insomnie ou d'états dépressifs plus ou moins ponctués. Ce sont les signes psychiques les plus courants. Au plan physique, des nœuds physiologiques génèrent diverses douleurs plus ou moins précises, ressenties comme des tensions dans la nuque, le dos, le thorax, l'abdomen ou les membres.

Les psychothérapeutes interviennent pour défaire ces nœuds tensionnels installés par une inhibition de l'action. Parce que ces tensions se traduisent généralement dans le corps, certains préconisent une approche physique: bioénergie, massages de diverses dénominations, réflexologie, etc. D'autres, puisque ces tensions sont toujours d'origine psychique, cherchent plutôt à faire surgir les émotions par verbalisation: gestalt, rebirth, analyse transactionnelle, rêve éveillé, psychanalyse, etc. Dans le premier cas, les manipulations physiques peuvent contribuer à faire surgir des émotions et, même, certains souvenirs occultés. Dans le second, qui procède à l'inverse, on note des émergences émotives et les nœuds musculaires disparaissent dans la mesure où l'on a réussi à lever les tensions psychiques.

Comme je l'ai dit un peu plus tôt, les psychothérapies pourront, de façon plus efficace que la médecine — je parle des cas «fonctionnels» — débusquer le «pourquoi» d'un

problème qui est toujours psychologique. Mais elles seront d'efficacité limitée si l'inhibition de l'action n'est pas seulement actuelle (ici maintenant), si donc il y a des affects dûs à des souvenirs occultés. Certains de ces souvenirs pourront émerger, ou certaines des émotions qui y sont reliées. Mais — et c'est fondamental — il faut que **toutes** les émotions **et tous** les souvenirs qui en sont la cause soient débusqués **en**

tous les souvenirs qui en sont la cause soient découverts **en même temps**. Les uns sans les autres, ou certains mais pas tous, ne lèvent pas les affects, et laissent un problème de santé incomplètement résolu. Le mal portant poursuit alors sa quête, puis retourne en médecine et recommence une médicamentation symptomatique qui ne résout rien non plus. C'est ainsi que s'explique l'incessante errance des malades fonctionnels. Allant de Charybde en Scylla, ils finissent par se persuader que personne ne peut rien pour eux, ils démissionnent et se laissent couler dans une désespérance qui les coupe de la vie. C'est d'eux que l'on entend dire dans nos bureaux: vous êtes mon dernier espoir. Ce cri de détresse m'a toujours bouleversé et c'est surtout pour ceux et celles qui en sont là que j'écris ce livre. Je veux leur dire de ne pas désespérer, que la solution existe et que les thérapeutes, médecins et non-médecins, pour qui la santé des autres est **une vocation**, ne resteront pas indifférents à ce que je rapporte ici.

Les psychologues

La psychologie «scientifique» est un leurre et le restera tant que l'on ne pourra pas mesurer objectivement la pensée humaine. Plus encore que la médecine, la psychologie est surtout un art, un savoir-faire qui s'appuie sur des données scientifiques, mais qui consiste surtout à interpréter ces données pour émettre une opinion qui, en aucun cas, ne peut être formelle. L'exemple le plus connu et le plus probant est celui des experts, psychologues ou psychiatres, qui se contredisent devant les tribunaux: un avocat sait qu'il pourra toujours trouver un «expert» qui, en toute bonne cons-

cience, viendra donner avec conviction une opinion contraire à celle d'un autre «expert» de même formation!

Il y a donc lieu de convenir que la psychologie, comme la médecine, les psychothérapies ou la philosophie, s'inscrit bien dans ce que l'on appelle les sciences humaines. Ces der-

nières se caractérisent par le fait qu'elles sont essentiellement spéculatives, et non pas «exactes» comme la physique ou les mathématiques le sont. Si l'on interprète, cela implique que la qualité de l'interprétation est fonction de l'individu qui la fait. Ce qui permet de dire qu'il n'y aura jamais deux médecins, deux psychologues ou deux psychothérapeutes exactement semblables et d'exacte et similaire efficacité.

Les psychologues sont probablement, aussi bien que les psychiatres, des «médecins» de l'âme. N'ayant pas la possibilité de prescrire des médicaments, ils sont «forcés» d'aller au bout de leur action et de se «battre» au corps à corps contre les affects ou les inhibitions qui perturbent leurs clients. De ce fait, ils vont généralement creuser le problème davantage, ce qui laisse augurer des résultats plus probants. Mais, ils ont bizarrement structuré leur enseignement. Parler de **la** psychologie professionnelle ne veut rien dire, il n'y a que **des** psychologies de diverses obédiences. Leur base théorique commune est étroite, elles se divisent en des orientations souvent contradictoires faute d'avoir réussi à trouver une définition unanimement acceptée. Si bien que, en psychologie, on ne connaît que des spécialistes qui œuvrent soit en relations familiales, en relations de couple, en milieu industriel ou scolaire, en évaluations diverses, en recherche, etc. Puis il y a les cliniciens, les mal-aimés, qui, en dépit d'études théoriques plus diversifiées, ne font habituellement ni plus ni mieux que les psychothérapeutes ne détenant pas une maîtrise en «psychologie».

Il est significatif qu'en psychologie, comme en psychiatrie, on cherche à résoudre des problèmes sans connaître tous les outils permettant de remonter à la source du

mal. Il demeure que les psychologues sont des personnes ressources qui peuvent être d'une grande efficacité pour faire identifier les inhibitions de l'action et pour aider leurs patients à trouver les moyens d'en sortir. Mais, encore une

fois, c'est à condition que les perturbations dépendent seulement de situations actuelles ou récentes. S'il y a des occultations, **il faut absolument les lever toutes** pour résoudre le problème.

Le cas de K.

Tout de suite après avoir aidé G., je recevais la visite d'une jeune femme extrêmement nerveuse qui me dit: «J'aurai trente-trois ans dans six semaines. Si je suis encore aussi mal dans ma peau à cette date, je me suicide.» Sa détermination ne laissait aucun doute, j'étais persuadé — et je le suis encore aujourd'hui — qu'elle l'aurait fait. Elle commença par me raconter que depuis sa petite enfance elle avait consulté une importante brochette de spécialistes, psychiatres et psychologues. Elle avait même été évaluée à la célèbre clinique Mayo de Rochester Min. On y avait déclaré que son cas relevait strictement de la psychiatrie.

Elle était mariée et mère de deux enfants; jamais, elle n'avait pu manger en compagnie de son mari ou des enfants: elle devait toujours le faire seule, depuis l'âge de quatre ou cinq ans. Il était assez fréquent que son mari rentre à la maison et trouve les enfants abandonnés à eux-mêmes. Il se dirigeait alors vers une garde-robe murale où il savait trouver sa femme prostrée dans le noir. Elle disait chaque fois que c'était par punition qu'elle était là! Punition de qui et pour quoi? Personne ne le savait. Autre bizarrerie, elle disait recevoir chaque matin une consigne numérique: si la consigne était trois, par exemple, elle devait faire chaque geste trois fois, que ce soit pour actionner un interrupteur, puiser de l'eau, repasser une... pardon... trois chemises! Le jour de son anniversaire, ou pour Noël, son mari devait s'informer de la consigne du jour avant de rentrer: bienheureux quand

il n'était pas tenu de faire sept cadeaux! S'il ne respectait pas le nombre, elle devait refuser!

Je n'avais pas, à l'époque, la même expérience qu'aujourd'hui, et j'étais passablement ahuri d'entendre ces choses débitées sur le ton de l'évidence. Je ne savais si je devais éclater de rire ou la mener doucement vers la porte de sortie. C'était fascinant pour moi de constater qu'une jeune personne à l'allure décidée, sûre d'elle et au message bien articulé puisse être ce qu'elle décrivait. J'ignorais dans quelle aventure je m'engageais, mais je finis par décider d'essayer de faire quelque chose pour elle: mes récents succès avec E., F. et G. me donnaient cette audace; peut-être aussi le récit des nombreuses tentatives avortées faites par des professionnels authentifiés sur parchemin.

Je demandai à rencontrer son mari, bel homme de treize ans son aîné. Très préoccupé par l'état de son épouse, il me confirma tout ce qu'elle m'avait déclaré, y compris qu'il n'avait jamais mangé en même temps qu'elle. Quand il était à table, elle s'installait en face de lui pour bavarder pendant qu'il consommait son repas, même si c'était dans un restaurant où il allait pour affaires. Elle ne buvait ni vin ni alcool, elle ne fumait pas mais était très passionnée. Il avait multiplié les consultations auprès de divers spécialistes; les parents avaient fait de même quand elle était enfant ou adolescente. J'expliquai à cet homme en quoi consistait une catharsis et je compris qu'il se montrât sceptique; mais comme elle lui avait affirmé qu'elle se suiciderait pour son anniversaire plutôt que continuer à vivre ainsi, il se décida quand même à faire une tentative, à tout hasard.

Le jour où la catharsis prit fin, un mois plus tard, je commandai du poulet rôti et une bouteille de vin que je fis livrer au bureau. K., installée en face de moi, mangea pour la première fois en compagnie de quelqu'un, et but un verre de vin. Les dernières nouvelles venant d'eux me furent données il y a quelques semaines par une patiente qui venait chez moi, convaincue par eux qu'elle y trouverait solution à ses

problèmes. Ils se souvenaient, plus de cinq ans après! Cette

nouvelle cliente me dit avoir mangé quelquefois au restaurant avec K. qui a, paraît-il, bon appétit, bon pied et bon œil.

Cette catharsis, quatrième dans l'ordre chronologique, n'avait finalement rien de bien particulier. K. était âgée d'environ quatre ans quand la famille avait entrepris de faire une promenade dominicale en voiture. Un bouchon imposa une halte sur une étroite route de campagne. Un attroupement s'était formé un peu plus loin, et tout le monde était descendu de voiture pour aller voir. Les passagers d'un autre véhicule, adultes et enfants, vomissaient à rendre l'âme dans le fossé, probablement victimes d'une intoxication. K. en eut des nausées. Quelques jours après, en compagnie de sa mère et de sa grand-mère, elle était au restaurant. Sa grand-mère, volubile, faisait beaucoup de bruit en mâchant; la petite eut un flash: elle revoyait ceux qui vomissaient. Ce fut l'instant où la phobie se fixa, scellée par une occultation. Il suffisait de faire remonter ces souvenirs au Conscient pour que la guérison soit immédiate.

Et le reste, direz-vous? C'est un peu plus complexe et je ne crois pas utile d'imposer aux lecteurs un fastidieux récit. Je vous donne la clef sans attendre: c'était une vieille femme en chaise roulante — un «esprit» que ma cliente était évidemment seule à voir — qui donnait les consignes numériques et qui infligeait les punitions. Pourquoi les punitions? C'est que la vieille exigeait de K. qu'elle répète mentalement une phrase très compliquée, jamais la même, dictée une ou deux fois par jour. La moindre erreur entraînait une punition. Ce qui arriva, en fin de catharsis, c'est que nous fîmes disparaître la vieille à tout jamais. Comme ça, sur un claquement de doigts. Facile! Alors pourquoi les divers psychiatres, psychologues ou psychothérapeutes qui avaient tenté d'aider K. n'y sont-ils pas arrivés?

Le cas de L.

C'était (encore) une femme dans la trentaine qui me raconta ce qui suit: une certaine nuit, alors qu'elle dormait aux côtés de son mari, elle s'éveilla en sursaut, frôlée par le diable qui venait lui imposer une possession charnelle. Elle se débattait, gémissait et jouissait en même temps qu'elle ressentait d'atroces douleurs. Le mari, réveillé par l'agitation et par les soubresauts du lit, tenta bien de «réveiller» sa compagne qu'il voyait en proie à un cauchemar. Il n'y réussit pas, mais dès que ce fut terminé elle ouvrit les yeux et lui demanda s'il avait bien vu le diable qui l'agressait. Il n'avait rien vu, elle avait fait un mauvais rêve et il lui conseilla de se rendormir sans plus y penser.

Quand cela se reproduisit quelques jours après, le mari trouva la chose peu drôle. Il déclara à sa femme qu'elle était mentalement malade si elle continuait de prétendre que le diable était présent en chair et en os. Elle s'entêtait en précisant qu'elle sentait parfaitement et physiquement cette possession charnelle, douloureuse parce que brutale et «démesurée»; mais en même temps délicieuse, pour exactement les mêmes raisons. La paix du ménage était compromise, le mari ne voulait plus coucher avec une folle si cela se reproduisait encore. Cela se reproduisit. Mais le mari crut devenir fou à son tour quand, en pleine lumière, il vit apparaître des griffures sur les épaules et les bras dénudés de sa femme en délire. Il ne voyait toujours pas le diable, ni personne d'autre, et pourtant ces boursouflures en longues traces s'accumulaient sans que sa femme puisse les produire elle-même, trop occupée qu'elle était à ses ébats, bras et mains tendus goulûment vers «l'autre».

Un psychiatre fut consulté. Les visites du diable cessèrent mais le mari avait plié bagage. La jeune femme restait cependant avec un problème à résoudre: elle se disait incapable d'avoir encore des rapports sexuels avec un simple humain. Comme elle me le faisait remarquer: «Un homme c'est peu comparé aux talents et à la vigueur du diable!»

Bien que les rencontres avec le psychiatre aient été fructueuses, elle restait persuadée qu'elle avait réellement vécu tout ça. Le médecin avait pourtant pris le temps d'expliquer que les traces de griffures sur la peau avaient été produites par sa volonté de «prouver» à son mari que le diable était présent. Il s'agit d'un phénomène bien connu sous le nom de «dermographie» dont je vais parler dans un instant.

Le psychiatre n'avait pas débusqué l'origine de tout cela. Profitant du fait que cette jeune femme avait une grande facilité pour s'auto-hypnotiser (il le fallait pour qu'elle vive ce qu'elle avait vécu), je réussis assez rapidement à obtenir la clef de l'énigme: elle avait été très impressionnée en regardant le film *Le bébé de Rosemary* montrant que le diable copule avec une femme pour obtenir d'elle un héritier. Ce n'était que cela. J'appris quelques jours après qu'elle avait renoué de façon très satisfaisante avec un simple mortel.

À trois ou quatre reprises je me suis trouvé devant des variantes de cette situation. C'était le film *The Exorcist* qui était chaque fois en cause. J'ai cru bon de citer le cas de L. pour souligner deux choses. D'abord, confirmer qu'un problème n'est pas vraiment résolu si l'on n'a pas réussi à en retrouver l'origine. Ensuite, pour m'attarder un moment sur le phénomène de dermographie qui montre à quel point la pensée est puissante: soit destructrice, soit constructrice; ce qui colle aux faits que je me suis promis de montrer dans ces pages.

Dermographie et stigmatisation

On a fait mille fois l'expérience: si l'on trace du bout du doigt (pas avec l'ongle) une série de lettres ou de chiffres, ou n'importe quel dessin, sur la peau d'un sujet hypnotisé en lui disant que ces tracés vont apparaître en relief, cela se produit dans l'instant suivant. Le résultat, spectaculaire, fait penser à une réaction allergique: la peau est d'abord boursouflée, puis devient rougeâtre. Le phénomène peut être

maintenu par suggestion assez longtemps, et disparaître rapidement dès que l'hypnotiseur le commande. Il peut même être amplifié jusqu'à obtenir des plaies ouvertes et suintantes qui se refermeront quand ce sera commandé. On ne peut faire cette expérience avec tout le monde, bien évidemment, mais elle est courante avec certains «bons» sujets.

Si la personne choisie pour l'expérience est très mystique, il sera possible de lui suggérer que l'on est un Vendredi Saint et que les stigmates du Christ vont apparaître sur ses mains, sans qu'il soit nécessaire d'en tracer la forme à l'aide du doigt ou par un autre contact. Il aura suffi d'évoquer les stigmates pour que son esprit les imagine et les reproduise.

Certains grands mystiques y arrivent sans aucune intervention extérieure; ils entrent par eux-mêmes en transe et chaque année, au jour anniversaire de la Passion, ils présentent aux témoins médusés les stigmates de Jésus crucifié. C'était le cas de François d'Assise, de Thérèse Neumann ou, plus récemment, du Père Pio. Les stigmates de François d'Assise avaient même la particularité extraordinaire de comporter des clous (formés de chair, pensait-on) traversant les mains, la tête des clous se trouvant dans les paumes, la pointe sortant à l'endos.

Bien entendu, concernant les stigmates chez les grands mystiques, il sera toujours possible de prétendre que c'est le résultat d'une intervention divine plutôt qu'une autosuggestion. Il y a cependant un constat qui s'oppose à cette interprétation. On montre habituellement le Christ en croix ayant les mains clouées au bois, bien que rien, dans les Écritures, n'indique comment l'enclouage fut fait. Par contre, l'on sait que c'est à travers les poignets (entre le radius et le cubitus?) que les Romains procédaient. La raison anatomique en est évidente: le poids du corps entraînerait la déchirure des mains. La représentation traditionnelle des clous dans les mains, paumes tournées vers l'extérieur, découle tout bonnement d'un choix esthétique fait par un artiste inconnu qui réalisa le premier crucifix, aux environs du

X ème siècle, croit-on. Depuis ce temps l'erreur s'est perpétuée. Les grands mystiques reproduisent les stigmates aux endroits suggérés, et non là où ils furent très probablement produits lors de la Crucifixion.

Si la pensée est capable de provoquer des phénomènes de dermographie ou l'apparition de stigmates — plaies ouvertes et saignantes — pourquoi ne pourrait-elle pas provoquer un cancer, une sclérose en plaques ou n'importe quelle lésion? Nous nous retrouvons à nouveau devant l'évidence que c'est en nous-mêmes que se trouve la source des maladies. Or, nous l'avons vu amplement, l'inverse est également vrai: notre pensée (notre esprit, notre psychisme) peut défaire ce qu'elle a fait en guérissant la maladie qu'elle a produite. Sur le plan clinique, nous connaissons maintenant les mécanismes mis en jeu; tout permet de croire que, surtout à la suite des travaux de Laborit montrant la biochimie de la maladie, l'on pourra s'appuyer sur cette praxis pour mettre en relief les transformations biologiques qui se produisent au moment d'une guérison.

L'effet placebo

Une autre confirmation de la puissance de la pensée nous est donnée par l'effet placebo. Dans son important ouvrage *Les enfants du Verseau*, Marilyn Ferguson (13-184) rapporte ce qui suit:

> «Bien qu'elle ne sache pas **comment** les croyances et les attentes peuvent affecter la santé, la science médicale sait donc bien désormais qu'elles en sont capables et que leur influence est même cruciale. «L'effet placebo» renvoie désormais à quelque chose d'autre que les substances inactives (pilules de sucre, injections d'eau salée) données à des patients difficiles. La réputation du docteur, l'ambiance de l'équipe de l'hôpital, le renom du centre médical, l'aspect ésotérique d'un traitement particulier — tous ces facteurs peuvent contribuer à guérir en «colorant» positivement les attentes

des patients. Il existe aussi un effet «nocebo», l'opposé du placebo. Lorsqu'on a donné une substance inactive à des sujets dans une expérience, en leur disant que cela leur provoquerait un mal de tête, les deux tiers ont ressenti un mal de tête.

Le placebo active une capacité de l'esprit présente en permanence. Comme nous l'avons vu précédemment, la recherche a montré que la disparition de la douleur par placebo est due, apparemment, à la libération par le cerveau d'un analgésique naturel*. Pourtant, la plupart des docteurs et des infirmières continuent à traiter le placebo comme un truc qui marche chez les gens dont le mal n'est pas «réel», malentendu qui provient d'une idée naïve de la réalité, et de l'ignorance du rôle de l'esprit dans l'expérience créative.

La croyance du thérapeute est également capable de modifier l'efficacité du traitement. Dans une série d'expériences décrites par Jerome Frank, une autorité en matière de placebo, on avait donné à des patients un calmant doux ou bien un placebo**, ou encore de la morphine. Quand les **docteurs** pensaient qu'ils avaient administré de la morphine, le placebo était deux fois plus efficace que lorsqu'ils pensaient qu'ils avaient donné un analgésique doux! Dans une étude similaire, on distribua à des patients psychotiques un tranquillisant léger, ou bien un tranquillisant puissant, ou encore un placebo. Les effets du placebo furent bien plus grands lorsque les docteurs pensaient qu'ils avaient donné le médicament puissant plutôt que léger.

Pour le Dr Rick Ingrasci, cofondateur du réseau Interface, l'effet placebo offre une preuve spectaculaire que **toute** guérison est essentiellement une autoguérison. Ses expériences avec des patients l'ont conduit à cette

---

* *Une endorphine. Ndlr.*

** *Donc un «faux» médicament, totalement inactif au plan chimique.*

> conviction que, **une fois libérées les tendances négatives, la guérison s'installe automatiquement***. «C'est comme s'il existait une force vitale ou un principe d'ordre capable de rétablir notre état naturel — de totalité et de santé — si nous pouvons simplement abattre ces barrières que sont les attentes négatives... le cynisme, la méfiance, la peur... Les effets à long terme peuvent s'avérer une réelle transformation pour nous-mêmes et la société.»

On comprendra aisément pourquoi j'ai tenu à citer ce texte qui confirme la thèse que j'expose, thèse qui repose essentiellement sur mon travail de clinicien autodidacte; et, aussi, pourquoi je ne résiste pas davantage à la tentation de reproduire un paragraphe qui se trouve huit pages plus loin dans le livre de Ferguson:

> «La santé et la maladie ne font pas que se produire en nous. Ce sont des processus actifs, émanant de l'harmonie ou du manque d'harmonie intérieure, particulièrement sensibles à nos états de conscience, à notre capacité ou incapacité de laisser libre cours à l'expérience consciente. Cette reconnaissance est grosse de responsabilités et d'occasions implicites. Si nous participons au processus de la maladie, même inconsciemment, alors pourquoi ne pas opter pour la santé?»

Je ne crois pas qu'il soit nécessaire de pousser plus loin la démonstration. D'où que viennent les informations de scientifiques «avancés», l'on retrouve la conviction que ce n'est pas de l'extérieur seulement qu'il faut attendre la solution aux problèmes de santé et, même, que toute aide extérieure est vouée à l'échec si nous ne participons pas à la guérison, condition essentielle qu'il faut être capable de remplir.

Les mêmes sources scientifiques ne vont cependant guère plus loin que ces constats: elles n'ont pas de mode

---

* *Souligné par moi.*

d'emploi à proposer, pas de solution formelle pour résoudre l'énigme de notre capacité ou de notre incapacité à utiliser nos ressources cachées, notre médecin intérieur.

Or, je pense avoir montré que ma catharsis apporte cette solution formelle et qu'elle permet de résoudre l'énigme. Son principe me semble être clair mais son application reste aussi aléatoire que n'importe quelle entreprise humaine: ce n'est pas une panacée. C'est pourquoi, après avoir montré les extraordinaires possibilités de la technique thérapeutique que je propose, il me paraît indispensable de tenter d'en montrer les limites, telles que je les perçois après six années d'expérience.

Les limites actuelles de la catharsis

La première limite vient du thérapeute lui (elle)-même, ce qui est vrai pour tous les professionnels de la santé, mais qui l'est davantage en psychothérapie. Commun à toutes les thérapies, le transfert affectif est très délicat à négocier et il peut être cause d'erreurs commises parfois en toute bonne foi. Je crois cependant que quelques échecs venant de cette source finissent par imposer la «position en retrait» qui permet d'éviter les relations ambiguës.

Plus particulière à la catharsis, la nécessité d'éviter tout dirigisme, toute analyse ou interprétation — donc la nécessité de laisser les clients face à eux-mêmes — demande un radical changement de comportement thérapeutique. Il n'est pas facile pour un thérapeute de se forcer à la non-intervention; un mot ou une réflexion de sa part peuvent orienter à son insu un cheminement intérieur qui s'en trouve alors faussé: savoir quoi dire ou ne pas dire est bien plus une question d'instinct que de science acquise. Mais la nature humaine étant ce qu'elle est, l'intuition peut avoir des ratés.

Ce qui précède souligne simplement des généralités mettant en cause les relations humaines et leurs délicats mécanismes; il est des limites plus ponctuelles qui ne doivent pas être ignorées.

Les limites d'âge

Quand j'ai l'occasion de donner une conférence, il se trouve souvent quelqu'un pour demander si je m'occupe aussi des jeunes enfants. Ma première réponse est toujours la même: s'il s'agit d'enfants nerveux, hyperactifs, difficiles de caractère, c'est la mère que je traite. Ce qui, évidemment, me vaut toujours la même protestation: et pourquoi pas le père?

Les liens biologiques et émotifs sont, pour l'enfant en bas âge surtout, nettement plus forts avec sa mère. C'est ce cœur et cette respiration que le fœtus «entend» pendant la gestation, et ce sont ces émotions et ces états d'âme qui sont les premiers signes à s'inscrire dans le Subconscient en formation. Il en découle que l'enfant maintiendra assez longtemps ces liens impalpables qui lui feront surtout ressentir la nervosité de sa mère. À maman calme, enfant calme et vice versa.

Quant à savoir à partir de quel âge il peut être utile de faire une catharsis, je n'ai pas de réponse précise à donner. Le cas le plus jeune que j'ai entrepris, c'était pour une jeune fille de quatorze ans chez qui les neurologues soupçonnaient une sclérose en plaques. Tous les signes et comportements physiques semblaient le confirmer; il fallait la soutenir pour qu'elle puisse encore marcher. Les parents, atterrés, me demandèrent de tout tenter. Je fus assez heureux de retrouver la série d'incidents qui précédèrent la maladie. Trois ans après, la jeune fille garde encore certaines séquelles mais elle fait seule de longues promenades, monte et descend les escaliers et poursuit ses études normalement: elle est complètement autonome. Était-ce bien une sclérose en plaques? On ne le saura peut-être jamais. Quoi qu'il en soit, ce cas reste en suspens pour moi, tant que la jeune personne n'aura pas entrepris sa vie de femme.

Je suis porté à croire, mais il est possible que l'avenir me contredise, qu'il faut au moins attendre la puberté avant de faire une catharsis. Je m'en suis tenu jusqu'ici à ce prin-

cipe parce que la «personnalité» et l'évolution biologique restent trop mouvantes avant l'accession à l'adolescence. Je ne prétends pas avoir absolument raison et, de toute façon, en cas d'urgence je ne saurais refuser l'aide que l'on me demanderait, pourvu que je puisse entrevoir une chance de succès.

J'ai vu plusieurs jeunes en catharsis et ce fut toujours très court. Le record absolu, si je puis me permettre ce vocabulaire sportif, est de dix heures seulement (trois jours); les autres, de quatre à dix jours en moyenne. C'étaient, pour la plupart, des problèmes de relation avec les autres, et j'ai toujours vu des incidents occultés qui en donnaient la clef. La catharsis pour les jeunes peut avoir une importance capitale si elle permet de leur éviter la fuite vers la toxicomanie, l'alcoolisme ou la délinquance. Y a-t-il plus pathétique que le suicide d'adolescents ou plus dramatique qu'un abandon dans une anorexie, une schizophrénie ou une autre psychose? J'ai la profonde conviction que l'on pourrait contrecarrer l'installation de maladies auto-immunes ou d'autres pathologies graves potentielles en intervenant le plus tôt possible. Il faut que je souligne bien qu'une catharsis n'est entreprise que si des signes précis indiquent qu'il y a **certainement** des occultations à débusquer. Ces signes existent avant même l'apparition d'une quelconque somatisation; il est donc possible de faire un pronostic si l'on est formé à les reconnaître.

Le point de non-retour

Il arrive un moment où le système immunitaire semble se «figer» dans un comportement qu'il sera de moins en moins possible de corriger. Pour les greffeurs d'organes — surtout ceux du cœur — c'est aux environs de quarante-cinq ans que se situe le point de trop grande incertitude. Freud avait lui aussi trouvé le même âge critique pour la psychanalyse. C'est également vers l'âge de quarante-cinq ans (à plus ou moins cinq ans près) que je situe le moment où l'on ne peut plus espérer récurer la mare **à fond**. C'est évidem-

ment moins dramatique que dans le cas des transplantations refusées puisque l'on obtiendra toujours des résultats, c'est-à-dire au moins des allègements. Ces allègements peuvent être importants mais nous entrons quand même dans une tranche d'âge où l'incertitude augmente avec les années. Il résulte de cela que c'est surtout entre les âges de dix-sept et quarante ans que la catharsis est pleinement l'outil thérapeutique extraordinaire que j'ai décrit.

Les cas difficiles

Il est paradoxal de devoir constater que c'est avec les hystériques et les neurasthéniques qu'il est le plus difficile de conduire une catharsis. Quand on pense que c'est avec ces malades que Charcot faisait ses «démonstrations» et que c'est avec eux que la psychanalyse est née, on comprend peut-être mieux pourquoi Freud a cherché une autre voie.

Le comportement hystérique, qui a de multiples facettes, est caractérisé par une forte propension à la fabulation et à l'érotisation. Ce type de malade se complaît volontiers dans des troubles somatiques fonctionnels qu'il brandit comme un reproche muet à la société. Il y a des degrés dans l'hystérie, je ne parle pas ici seulement des cas où se produisent les classiques crises convulsives, mais bien du large éventail des cas plus ou moins larvés que l'on identifie par des signes de grande suggestibilité.

Les difficultés thérapiques viennent justement de cette suggestibilité qui vire facilement à l'autosuggestion: ces personnes faussent aisément les émergences subconscientes et l'on peut alors s'attendre à n'importe quelle élucubration. Il faut donc les «stabiliser» avant d'entreprendre vraiment une catharsis; cela peut aller jusqu'à doubler le temps normalement requis. Dans certains de ces cas, des médications neurobiologiques pourraient raccourcir et faciliter la période préparatoire; cela demanderait obligatoirement une collaboration médicale avertie. C'est ce que j'ai fini par

comprendre après bien des avatars. Quoi qu'il en soit de ces

difficultés, qui ne sont, après tout, que des incidents de parcours, il demeure que c'est en retournant aux sources du problème que se trouve la seule chance de pleine guérison.

Le cas des hystériques et des neurasthéniques apporte la preuve qu'une catharsis ne se conduit pas en utilisant l'hypnose, puisqu'il faut éliminer les réflexes d'autohypnose avant de pouvoir commencer un travail valable. Je crois avoir insisté sur le souci constant que j'ai de faire corroborer le contenu des régressions par des membres de la famille, chaque fois que cela est possible. C'était en tout cas bien montré dans la catharsis de E. Évidemment, on pourra toujours argumenter sur ce qu'est un état d'hypnose; mais si l'on pousse la discussion jusqu'à ses limites, il faudra alors convenir que les biofeedback, méditation, training autogène ou autres méthodes de déconditionnement sont à base d'hypnose!

Les cas limites

Bien qu'il ne soit pas impossible que cela se produise, je n'ai jamais constaté une totale disparition d'un diabète vieux de quinze ans ou une rémission totale de lésions articulaires anciennes de plusieurs années. Par contre, on peut attendre d'une catharsis qu'elle contribue à arrêter une évolution morbide, donc une plus grande détérioration. Mais, dans tous les cas où des déformations osseuses existent ou encore des destructions cellulaires, etc., un changement significatif se produit au plan des somatisations secondaires et, surtout, de la santé psychique. Il faut que je précise que j'ai eu peu d'occasions de rencontrer des cas de ce genre et que je m'attends à ce que, la multiplication des thérapeutes formés à ma technique et la systématisation du recours à la catharsis aidant, l'on signale des rémissions complètes comme il s'en produit dans les cas de guérisons mystiques. Il reste qu'il est toujours préférable d'intervenir aussitôt que

reste qu'il est toujours préférable d'intervenir aussitôt que possible. C'est pourquoi je concluais la première partie de ce livre en disant que la catharsis est la démarche fondamentale

à faire si une maladie n'est pas rapidement jugulée autrement.

Les psychoses sont, évidemment, des cas limites où la rapidité d'intervention est déterminante. Il s'agit souvent de cas à évolution suffisamment lente, dans le sens de la dégradation, pour qu'il soit possible d'intervenir à temps. J'entends par là qu'il est, pour un temps, possible de rejoindre le Subconscient avant qu'il ne soit vraiment trop tard. Si cela ne peut plus se faire en passant par les états modifiés de conscience engendrés par la détente, l'emploi de médications appropriées pourrait permettre aux psychiatres d'intervenir dans l'optique préconisée au chapitre précédent. À ces médecins, je pense que la catharsis permettrait de reculer l'échéance de l'impossible.

C'est également grâce à la médecine qu'un nombre assez restreint — mais significatif — de personnes perturbées pourraient bénéficier de la catharsis, alors qu'une trop grande activité de l'hémisphère cérébral gauche ne leur permet pas le relâchement indispensable du niveau conscient par les techniques de relaxation.

Avant de projeter une catharsis

Ses limites ayant été explorées, il faut aussi voir que la catharsis n'est pas indiquée en toutes circonstances. En tout premier lieu, il faut savoir qu'il est impossible de s'y soumettre par simple curiosité ou pour le «plaisir» de découvrir son passé. C'est une démarche thérapeutique, ce n'est pas un jeu de société.

Je fais allusion aux soi-disant «régressions» faites sous hypnose qui «permettent» (!) de retourner dans des vies antérieures!! C'est un jeu d'autant plus idiot qu'il exploite le travers hystérique dont je parlais plus haut, à savoir la com-

plaisance que mettent ces personnes à «s'inventer des histoires», et la force de conviction qu'elles déploient pour défendre la véracité de leurs fantaisies mentales. Bien des gens croient encore aujourd'hui à la mirifique histoire de Bridie

Murphy, une Irlandaise qui aurait vécu au début du XIX^{e} siècle et qui se serait réincarnée, en 1956, dans le corps et l'esprit de Ruth Simmons, une jeune Américaine dont le véritable nom était Mme Tighe. D'après Jean Dauven (8-Re184) l'aventure, qui avait commencé par un livre et des enregistrements, s'effondra juste avant d'être filmée. Elle donna pourtant naissance à des milliers de réunions où l'on se réincarnait à l'envi. Ces «régressions» sont œuvre d'amateurs qui peuvent se leurrer en toute bonne foi, manipulés qu'ils sont par des sujets mythomanes.

Dans cet ordre d'idées, je dois signaler qu'il n'est jamais arrivé, en six ans de catharsis, que quelqu'un revive les «affres» de sa naissance. Serait-ce que le fameux traumatisme de la naissance, source de tous nos maux comme certains le prétendent, ne serait rien d'autre que le fruit de la suggestion? À deux reprises seulement, et pour un bref instant, on m'a signalé des malaises spécifiques reliés à la venue au monde mais l'authenticité est invérifiable. Je ne dis pas qu'il ne pourrait jamais arriver qu'une régression de la naissance se produise, je dis que cela ne peut être systématique puisque les occultations surviennent à la suite de fortes émotions à base de culpabilité. C'est seulement quand l'enfant est capable de ressentir ce type d'émotion qu'un affect peut s'installer. Par contre, l'on ne peut nier la «mémoire» cellulaire; il serait donc théoriquement possible qu'un nouveau-né enregistre des «impressions» d'inconfort si, par exemple, il «sentait» que sa mère le refuse. C'est tout ce qu'on peut dire.

Une catharsis n'est possible que pour les souffrants — malaises ou maladies, dépression nerveuse, angoisse, etc. — qui éprouvent l'impérieux besoin de s'en sortir. Il faut de

qui éprouvent l'impérieux besoin de s'en sortir. Il faut, de plus, que le temps écoulé et l'expérience de vie rendent apte à comprendre ou à accepter le «re-souvenir» d'événements qui furent jadis occultés. La démarche thérapeutique, toute libératoire et stimulante qu'elle soit, n'est pas une partie de plaisir. Elle n'est pas non plus une «épreuve» traumatisante

mais cela reste tout de même une affaire sérieuse à négocier avec soi-même.

Il ne faudrait pas que la catharsis soit vue comme un premier recours, ce serait aller à l'inverse de ce que j'expose depuis le début. Qu'il faille ne pas trop tarder comme je le souligne, soit. Mais il faut avoir d'abord exploré les autres avenues qu'offrent la médecine classique et les médecines douces. Si, en trois ou quatre semaines, ces avenues ne débouchent sur rien de vraiment probant, alors il n'y a plus à hésiter.

Il m'est courant de régler des cas en trois ou quatre rencontres d'une heure. Beaucoup d'allergies et d'asthmes (particulièrement chez les enfants à partir de 7 ans), ainsi que des cas de migraine, sont résolus de cette façon. Sans compter, encore chez les enfants, les cas d'énurésie (pipi au lit). Ce sont de simples déconditionnements qui suffisent dans la grande majorité des cas. Entrent également dans cette catégorie les pseudo-phobies (peur de l'avion, de l'auto...), le tabagisme et l'embonpoint. Dans ce dernier cas cependant, la perte de poids ne se maintient pas si l'on ne règle pas les problèmes psychologiques qui poussent à cette compensation alimentaire.

À propos des migraines, je tiens à souligner combien de gens — y compris des médecins — les confondent avec les céphalées de tension. Les premières cèdent assez facilement par déconditionnement alors que les secondes ne trouvent solution que par psychothérapie ou par catharsis; à moins que l'on considère comme solution acceptable la consommation prolongée de médicaments palliatifs!

Concernant les pseudo-phobies et les phobies, la distinction est importante à faire puisqu'une phobie vraie est toujours la conséquence d'une occultation; que cette occultation soit partielle ou totale ne fait aucune différence et il faudra débusquer l'événement et l'émotion d'origine pour lever la phobie.

De toute façon, cela demande habituellement de 75 à 90 minutes pour que je puisse me prononcer sur le choix de l'approche ou de la technique qui convient le mieux quand je reçois quelqu'un pour la première fois. Si un déconditionnement me semble suffisant, je ne recommande pas qu'une catharsis soit entreprise. Il arrive que je dirige le cas en médecine ou vers une autre discipline que la mienne quand le problème soumis n'est pas de mon ressort, soit immédiatement, soit après que le travail entrepris m'amène à le constater. Cela me semble procéder d'une élémentaire probité professionnelle que de ne pas croire que l'on peut tout faire, dans tous les cas et pour tout le monde.

L'après-catharsis

Le plus simple, pour être clair, est d'établir le parallèle entre une catharsis et la réparation d'une jambe cassée après, disons, un accident de ski. Au point de départ tout est normal en apparence: la jambe est saine et solide, rien n'indique une éventuelle fragilité. Arrive l'accident provoquant une fracture qui sera simple ou multiple, impliquant le tibia seul ou, aussi, le péroné. Réduction(s) faite(s), on fixera le tout par un plâtre et l'on attendra que le système immunitaire se mobilise pour souder ensemble les morceaux remis en place. Quand on enlèvera le plâtre, on fera une radiographie de contrôle et on constatera que tout est rentré dans l'ordre, ou qu'une reprise est nécessaire si un bon alignement n'a pas été obtenu.

Quand la guérison est déclarée, la jambe ne retrouve pas immédiatement toute sa vigueur. Les muscles ankylosés

pas immédiatement toute sa vigueur. Les muscles ankylosés rendent les premiers pas hésitants et ce n'est que progressivement que la confiance en soi revient. Il y a donc une période de réadaptation nécessaire, un temps de consolidation que l'on peut considérer comme une convalescence. Mais l'accident et ses séquelles ne seront vraiment oubliés que le jour où l'on retrouvera l'aisance sur skis. C'est, en effet, après avoir affronté une situation anxiogène que l'on vérifie que la crainte a disparu.

Nous avons vu qu'une catharsis n'est pas terminée tant que toutes les portes n'ont pas été franchies et que l'on n'a pas atteint le bout du tunnel. Il arrive, comme ce fut le cas pour E. que des détails précis dans le paysage d'arrivée annoncent qu'une période d'intégration sera nécessaire avant que la mare soit récurée à fond. C'est comme si le Subconscient indiquait qu'il faut prendre le temps de «digérer» un premier stock d'affects avant d'affronter ceux qui restent. Cette intégration se fait en quelques jours ou quelques semaines, selon la nature de ce qui a été débusqué jusque-là. La reprise est toujours de courte durée, à peine quelques heures ou quelques jours. Arrive enfin le moment où tout est terminé: c'est quand le thérapeute constate que le paysage décrit est parfaitement conforme.

L'on sait combien ce moment est extraordinaire pour la personne qui le vit, je n'y reviendrai donc pas. Mais elle va devoir retrouver sa place dans un monde qui n'a pas changé et cela va demander qu'elle s'habitue progressivement à sa «re-naissance». Le passé traumatisant ayant été conscientisé, il ne reste aucune cicatrice, aucune rancune non plus, c'est vraiment un «on efface tout et on recommence». Sauf que les autres ne sont pas préparés à cela et qu'ils restent souvent médusés devant quelqu'un qui cherche à affirmer son autonomie enfin trouvée.

Travaillant encore seul au moment où je termine ma rédaction, je préconise des rencontres de plus en plus espa-

cees avec ceux et celles qui ont termine leur catharsis. Ce sont des moments d'ajustement pour ces personnes, qui ne trouvent pas toujours chez les autres, y compris leurs intimes, la compréhension que leur transformation attend. Prendre un nouveau départ n'implique évidemment pas que les pressions socioculturelles ne pourront plus engendrer des inhibitions de l'action. Ce qui est certain, c'est que le seuil de résistance aux traumatismes psychiques aura augmenté, de la même façon que la soudure d'un os fracturé ajoute à sa résistance.

Idéalement — c'est donc un «rêve» — il serait souhaitable que les personnes qui sortent de catharsis puissent passer quelques jours en clinique fermée: le temps de s'habituer à leur force nouvelle et de se préparer à rencontrer les autres qui, eux, n'ont pas atteint leur niveau d'harmonie. À défaut, je verrais très bien un programme de quelques rencontres avec une personne ressource ayant une approche inspirée de la gestalt thérapie, pour préparer l'«ici, maintenant» des premiers jours d'une nouvelle vie.

Dans cet ordre d'idées, je me demande si ce ne serait pas le moment de reprendre l'expérimentation de la cure de sommeil déjà proposée par certains expérimentateurs. Ils avaient théoriquement raison de penser qu'une mise au repos du psychisme pourrait permettre au système immunitaire d'y trouver l'occasion de reprendre la situation en main. L'on comprend aujourd'hui pourquoi les résultats ne furent pas aussi probants qu'on pouvait l'espérer: on ne peut mettre le Subconscient au repos, il est toujours actif même pendant le sommeil, «naturel» ou non. Qu'en serait-il si l'on faisait une recherche avec des sujets venant de terminer une catharsis? Au lieu de compter sur la cure de sommeil pour décompresser les tensions psychiques, on pourrait plutôt en attendre qu'elle permette de «fixer» l'état d'harmonie nouvellement acquis. Il serait intéressant de mesurer l'impact d'une mise en repos artificielle sur un organisme dont le Subconscient ne contiendrait plus de surcharges émotives

occultées. L'hypothèse est qu'on produirait peut-être un effet de «trempe», comme celui que l'on obtient en refroidissant rapidement un acier porté au rouge.

Je pense à cette femme, traitée pour une dépression, qui se précipite chez elle, voulant au plus tôt crier son bonheur de fin de catharsis à son mari... et qui l'entend dire qu'il a patiemment attendu ce moment pour lui annoncer qu'il voulait la quitter! Ce que je veux dire, c'est qu'il ne faut quand même pas croire qu'une catharsis permet de dévaler à skis une montagne glacée sitôt le plâtre enlevé. La remarque vaut pour la période de «récupération de soi», le

temps de dilution des états dépressifs ou anxieux. Elle n'atténue en rien la pertinence des faits démontrés quand il s'agit de maladies ou malaises spécifiques — urticaire, vaginisme, phobies, etc. — qui, eux, disparaissent à l'instant où l'affect les concernant est débusqué.

Une histoire pour terminer

Le hasard, encore lui, vient d'apporter matière pour me permettre de résumer l'ensemble de mes propos en une courte histoire. Il y a six ans de cela, on m'amena un jeune garçon souffrant d'asthme et d'allergies depuis sa tendre enfance. Il avait été désensibilisé par des séries d'injections, sans résultats valables. Après quatre séances de déconditionnement, étalées sur des semaines, je n'entendis plus parler de lui. Deux ans plus tard, la mère du garçon m'appelle pour que je tente de faire quelque chose pour l'une de ses filles qui souffre d'un effondrement nerveux alors qu'elle est à trois semaines du début de ses examens de fin d'études.

La jeune fille avait été vue à l'hôpital universitaire mais, n'arrivant pas à trouver une explication à son état, ni un moyen de lui venir en aide, les médecins lui avaient conseillé de quitter l'université et de rentrer chez ses parents. Elle vomissait tout ce qu'elle essayait péniblement d'avaler, n'arrivait pas à dormir malgré les somnifères prescrits, elle

se disait incapable de se souvenir des matières étudiées et ne savait plus à qui ou à quoi se raccrocher. Elle paniquait d'autant plus que ses parents étaient catastrophés de la voir ainsi; des parents qui craignaient devoir se résoudre à l'idée que l'important diplôme tant attendu ne serait peut-être pas obtenu.

Je traitai la jeune fille selon mes méthodes habituelles et, moins d'une semaine après, elle mangeait et dormait normalement; la mémoire était revenue et elle put retourner à l'université et y obtenir peu après son diplôme de... docteur en médecine! L'hôpital où l'on avait renoncé à comprendre son cas était celui-là même où elle faisait son internat.

Quatre ans après, il y a donc quelques semaines, nouvel appel de la mère: une autre de ses filles fait une crise aiguë d'angoisse depuis quelques jours. Elle se plaint de palpitations cardiaques, d'hyperventilation et d'étourdissements qui l'empêchent de conduire sa voiture. Cette fois, il m'apparaît clairement qu'une catharsis s'impose. Trois semaines plus tard, tout était rentré dans l'ordre. Aucun médicament n'avait été utilisé.

Voilà la courte histoire contant la résolution non médicale des problèmes de santé d'une famille où l'on compte deux médecins!

Conclusion

Et si c'était la peur qui était la grande maladie dégénérative de notre civilisation? Si, en opposant des réponses causalistes, religieuses, magiques, on ne faisait jamais que l'entretenir? Faute d'élaborer une raison plus complexe, on déconsidère la raison. On se met à penser et à croire n'importe quoi.

Norbert Bensaïd

Nous avons vu que la peur est toujours présente quand un phénomène d'occultation se produit, une peur qui découle d'un sentiment de culpabilité. Qui dit culpabilité

accède à un sentiment de culpabilité. Qui dit culpabilité réfère à la socioculture, au système d'éducation qui brime la spontanéité et dresse des interdits qui poussent à la répression des instincts ou même des imaginations. Ne peut-on en effet «pécher» par la pensée? C'est des autres que viennent nos superstitions, nos croyances, nos clichés. Nous sommes conditionnés à voir le mal avant le bien: la crainte de «mal faire» et l'incertitude qu'elle génère compromettent notre épanouissement jusqu'à ébranler notre santé. Il suffit, pour s'en convaincre, de se référer aux cas cliniques exposés dans ces pages.

Le phénomène d'occultation engendre l'installation d'affects qui gouvernent nos comportements à notre insu. Nous ne sommes plus alors vraiment nous-mêmes, plus tels que nous aurions été si nous avions toujours réussi à comprendre et à accepter certains incidents perturbant notre vie d'enfant. Il en résulte que nous cheminons en traînant le

poids de ces affects enfouis au plus profond de notre Subconscient: à la limite, nous fonctionnons comme des zombies. Nous pouvons traverser la vie ainsi, sans bien savoir d'où nous vient cet étrange sentiment d'incomplétude et/ou d'inconfort qui sape notre bien-être. Un incident de parcours — frustration, rebuffade, doute — va parfois réveiller d'un seul coup l'ensemble des affects qui bouillonnaient depuis plusieurs années: c'est l'effondrement nerveux, la maladie sous ses multiples formes. Commence alors la quête de solutions. Et l'on interroge la science.

La biologie moléculaire et la biochimie sont plus des sciences de la maladie que des sciences de la santé. Corollairement, la médecine aussi. Ces sciences nous montrent comment la maladie perturbe l'organisme vivant, elles ne peuvent encore dire pourquoi elle s'est installée. Nous savons, par exemple, que l'on a identifié* trois formes chimiques de la dépression nerveuse: sérotoninergique, dopaminergique et noradrénergique. Pour les traiter, on connaît ou l'on essaie de trouver des médicaments antagonistes. Ces médi-

cations sont d'inspiration causaliste: elles cherchent à contrebalancer la production anormale de sérotonine, de dopamine ou de noradrénaline par l'organisme malade. C'est une approche typiquement allopathique. Mais l'on ne sait pas pourquoi c'est telle ou telle forme qui, sélectivement, s'installe, ni d'où est venu le «signal» déclencheur. Bien mieux, le médecin n'a pas le moyen de savoir à quelle forme de dépression il s'attaque et c'est par tâtonnements, en essayant un médicament puis un autre, qu'il intervient au meilleur de son expérience.

Nous avons convenu que la recherche scientifique ne disposait pas, jusqu'ici, des outils permettant d'aller au delà des constats d'anomalies accompagnant la maladie. Le rôle joué par le Système d'Inhibition de l'Action a été magistralement mis en évidence; grâce à cela nous savons que la

---

* *Travaux de Schildkraut aux États-Unis et Coppen en Angleterre.*

mémoire — donc chez l'humain, aussi la pensée, le psychisme, l'esprit — est en cause dans toute pathologie acquise autrement que par un agent étranger. La découverte de Laborit est fondamentale: elle permet, je crois, à la recherche de rejoindre les ultimes conséquences biochimiques de la **maladie** tout en démontrant ses mécanismes d'installation.

M'autorisant de ce que j'ai montré au long des pages de ce livre, je crois que la catharsis, et ce qu'elle révèle, permet maintenant de penser qu'il devient possible d'orienter les recherches vers la compréhension biochimique du processus de **guérison**. Cela pourrait entraîner une profonde révision des concepts traditionnels sur quoi s'articulent la médecine et les paramédecines pour justifier leurs interventions. Le temps me semble venu de systématiquement rechercher le «pourquoi» d'un désordre de santé avant de trop recourir aux armes chimiques. Cela serait particulièrement indiqué pour tous les déprimés et les anxieux, ainsi que

pour tous les cas que l'on dit «fonctionnels». Ce serait probablement le moyen d'arrêter l'évolution des maladies auto-immunes, et même de les faire régresser. Quand on pense aux cas de sclérose en plaques pour lesquels la science ne peut presque rien, ne faudrait-il pas en effet systématiser une intervention sans délai au sein du Subconscient?

Je n'ignore pas que c'est une révolution dans l'approche des problèmes de santé que je propose. C'est énorme, autant que sont énormes les allergies au futur qu'il faudra surmonter pour y arriver. Il y a cependant de plus en plus de professionnels de la santé, médecins ou non-médecins, qui ont pris conscience du cul-de-sac dans lequel nous sommes engagés. Les faits exposés ici démontrent ce qui était pressenti par ceux-là qui sentaient que la solution était ailleurs que dans le traitement des symptômes, et qui ne pouvaient croire que le bien-être et la santé des gens dépendaient essentiellement de la pharmacologie.

Il y a aussi et surtout les malades et les innombrables mal portants en relative bonne santé qui finissent par com-

prendre qu'on les a leurrés. Dans les pays qui accordent gratuitement les soins médicaux, ils constatent que les «autres» médecines offrent une alternative plus douce, mais qu'elles sont réservées aux plus riches. Si bien que, dans ces pays, les inégalités sociales se marquent en ce que les gens ont de plus précieux: la santé. En montrant où se trouve la meilleure chance de résolution des problèmes de santé, je montre hélas! aussi que ce sont surtout les mieux nantis qui ont la chance d'échapper à la consommation abusive et risquée des médicaments!

Je crois que ce que montre la catharsis déborde du cadre strict des problèmes de santé. Les éducateurs — parents, enseignants, moralistes —, les législateurs, les juristes et les responsables politiques y verront peut-être matière à réflexion. La réhabilitation des délinquants, la récupération des victimes des drogues ou de l'alcool, la modification

des comportements asociaux ou même, simplement, des jeunes décrocheurs doivent être vus dans une nouvelle perspective, maintenant qu'il n'est plus possible d'ignorer qu'il suffit de procéder à un complet récurage de la mare pour qu'un individu retrouve son autonomie de fonctionnement et, surtout, la plénitude de ses moyens potentiels.

La trouvaille de la catharsis n'est pas une fin en soi; béotien devant l'Aréopage, je n'ai été que l'instrument d'un destin dont je ne puis mesurer le dessein. Il appartient à d'autres de prendre la suite, car, finalement, la science devrait conduire à la Connaissance si elle reste capable d'être humaniste avant toute autre considération.

En me préparant à mettre le point final, j'ai le sentiment de jeter une bouteille dans un immense océan, ne sachant trop ce qu'il adviendra du message qu'elle contient.

BIBLIOGRAPHIE

1- Alexander F. «La médecine psychosomatique» édit. Payot 1967

2- Alix E. «Un médecin accuse» édit. Les écrits de France M.C.L. 1971

3- Attali J. «L'ordre cannibale» édit. Grasset 1979

4- Bensaïd N. «La lumière médicale» édit. du Seuil 1981

5- Bruno F. «Les médecines différentes»

5- Bruno F. «Les médecines différentes»
édit. Planète — Encyclopédie — 1964

6- Chauvin R. «Nos pouvoirs inconnus»
édit. Planète — Encyclopédie — 1963

7- Charon J.E. «L'esprit cet inconnu»
édit. Albin Michel 1977

8- Dauven J. «Les pouvoirs de l'hypnose»
édit. Planète — Encyclopédie — 1965

9- de Becker R. «Bilan de la psychologie des profondeurs»
édit. Planète — Encyclopédie — 1968

10- Desjardins A. Interview dans Psychologie n° 143
édit. Psyke Janvier 1982

11- Escande J.P. «Les malades»
édit. Grasset 1977

12- Ferguson M. «La révolution du cerveau»
édit. Calman-Lévy 1974

13- Ferguson M. «Les enfants du Verseau»
édit. Calman-Lévy 1981

14- France culture «Science et conscience» Colloque de Cordoue, édit. Stock 1980

15- Gauthier J. «Freud a menti»
édit. Cevic 1977

16- Gibran K. «Le prophète»
édit. Casterman 1956

17- Illich I. «Némésis médicale»
édit. du Seuil 1975

18- Laborit H. «L'inhibition de l'action»
édit. Masson 1981 — 4ème tirage

19- Laxenaire M. «La rencontre psychologique du médecin»
édit. E.S.F. 1980

20- Marchal «Le rôle de l'inconscient dans les maladies organiques». Psychologie n° 130, Nov. 1980

21- Mousseau J. «Les médecines différentes»
édit. Planète — Encyclopédie — 1964

22- Selye H. «Le stress de ma vie»
édit. Stanké 1976

23- Simeons A.T.W. «La psychosomatique, médecine de demain»
édit. Gérard et Co — Marabout Université — 1969

24- Tocquet R. «La guérison par la pensée»
édit. Production de Paris N.O.E. 1970

25- Van Rillaer J. «Les illusions de la psychanalyse»
édit. Pierre Mardaga 1980

26- Walker K. «Histoire de la médecine»
édit. Gérard et Co — Marabout Université — 1962

27- Watson L. «Histoire naturelle de la vie éternelle»
édit. Albin Michel 1976

28- Dossier Henri Laborit dans Psychologie n° 145 édit. Psyke, Mars 1982

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos 5
Introduction 9
Des choix historiques 10
Concept de l'homme total 14
Problèmes de santé non résolus 16

PREMIÈRE PARTIE

Chapitre I: Chercher à savoir

Un urticaire tenace 22
Impuissant à 20 ans 25
Frigidité vaincue 27
Un sein fragile 28
Conscient, Inconscient, Subconscient 31
Notion de terrain 40
Rôle de l'Inconscient dans les maladies organiques 43
Sigmund Freud et les pionniers 47
L'école de Nancy 55
Les psychothérapies modernes 56

Chapitre II: À quoi tient une trouvaille

Libérer le Subconscient 63
La catharsis en question 64
L'histoire de E. 66
Journal de E. 73
Le grand jour 74
La deuxième porte 78
La troisième porte 80
Le secret des portes 85

Chapitre III: Le bout du tunnel

La quatrième porte 92
La cinquième porte 97
La sixième porte 105
La septième porte 106
La sortie du tunnel 111
Fin du journal de E. 114
Suite et véritable fin de la catharsis de E. 115

Chapitre IV: Les catharsis de F. et de G.

Le cas de F. 135
Surprises en tous genres 139
La catharsis de F. 144
Des faits nouveaux 149
Le viol de F. 151
Commentaires 164
La catharsis de G. 166
Premières conclusions 176

DEUXIÈME PARTIE

Chapitre V: La santé, reflet de nos pensées

La petite miraculée 183
Le cas de H. 187
Est-ce scientifique? 190
L'inhibition de l'action 194
La découverte de Laborit 196
Vivre en santé! 198
Des solutions? 199
Le cas de I. 203
D'autres questions 206
Le phénomène d'occultation 206
Les électrochocs médicaux 207
Eh oui! la médecine se trompe 209
Les guérisons spontanées expliquées? 211
Le cas de J. 215

Chapitre VI: Objectif: santé

Une autre façon de voir 222
Les psychosomaticiens 224
La suite du cas de A. 226
Le plan spirituel 229

Vers la santé 231
Les psychothérapies 233
Le cas de K. 236
Le cas de L. 239
Dermographie et stigmatisation 240
L'effet placebo 242
Les limites actuelles de la catharsis 245
Le point de non-retour 247
Les cas limites 249
Avant de projeter une catharsis 250
L'après-catharsis 253
Une histoire pour terminer 256

Conclusion 259

Cet ouvrage
a été achevé d'imprimer
sur les presses numériques
de Copiegraphie Pro
à Saint-Hubert

Imprimé au Québec (Canada)

Il faut retourner aux précoces blessures si l'on veut vaincre leurs résurgences émotives. Notre corps veut avoir notre support pour faire face aux commotions affectives. S'il a du *mal-à-dire*

parce qu'il n'est pas entendu, il en devient malade.

D'habitude, nous ignorons. Nous rationalisons, mais les grandes crises gardent le dernier mot qu'il faut aller chercher où il se cache. Dans la mémoire du corps.

La catharsis de Glaude nous y conduit. Avec elle, nous suivons cette exigence interne de vérité à défaut de quoi notre être perd sa vitalité.

Voici une approche phénoménale qui fait saisir comment s'installe la maladie et comment on peut la déraciner.

Josette Ghedin Stanké

119 F
ISBN 2-7619-1033-8
9 782761 910330

OceanofPDF.com

Document Outline

- Guerir0001
- Guerir0002
- Guerir0003
- Guerir0004
- Guerir0005
- Guerir0006
- Guerir0007
- Guerir0008
- Guerir0009
- Guerir0010
- Guerir0011
- Guerir0012
- Guerir0013
- Guerir0014
- Guerir0015
- Guerir0016
- Guerir0017
- Guerir0018
- Guerir0019
- Guerir0020
- Guerir0021
- Guerir0022
- Guerir0023
- Guerir0024
- Guerir0025
- Guerir0026
- Guerir0027
- Guerir0028
- Guerir0029
- Guerir0030
- Guerir0031
- Guerir0032
- Guerir0033

- Guerir0034
- Guerir0035
- Guerir0036
- Guerir0037
- Guerir0038
- Guerir0039
- Guerir0040
- Guerir0041
- Guerir0042
- Guerir0043
- Guerir0044
- Guerir0045
- Guerir0046
- Guerir0047
- Guerir0048
- Guerir0049
- Guerir0050
- Guerir0051
- Guerir0052
- Guerir0053
- Guerir0054
- Guerir0055
- Guerir0056
- Guerir0057
- Guerir0058
- Guerir0059
- Guerir0060
- Guerir0061
- Guerir0062
- Guerir0063
- Guerir0064
- Guerir0065
- Guerir0066
- Guerir0067
- Guerir0068
- Guerir0069
- Guerir0070

- Guerir0071
- Guerir0072
- Guerir0073
- Guerir0074
- Guerir0075
- Guerir0076
- Guerir0077
- Guerir0078
- Guerir0079
- Guerir0080
- Guerir0081
- Guerir0082
- Guerir0083
- Guerir0084
- Guerir0085
- Guerir0086
- Guerir0087
- Guerir0088
- Guerir0089
- Guerir0090
- Guerir0091
- Guerir0092
- Guerir0093
- Guerir0094
- Guerir0095
- Guerir0096
- Guerir0097
- Guerir0098
- Guerir0099
- Guerir0100
- Guerir0101
- Guerir0102
- Guerir0103
- Guerir0104
- Guerir0105
- Guerir0106
- Guerir0107

- Guerir0108
- Guerir0109
- Guerir0110
- Guerir0111
- Guerir0112
- Guerir0113
- Guerir0114
- Guerir0115
- Guerir0116
- Guerir0117
- Guerir0118
- Guerir0119
- Guerir0120
- Guerir0121
- Guerir0122
- Guerir0123
- Guerir0124
- Guerir0125
- Guerir0126
- Guerir0127
- Guerir0128
- Guerir0129
- Guerir0130
- Guerir0131
- Guerir0132
- Guerir0133
- Guerir0134
- Guerir0135
- Guerir0136
- Guerir0137
- Guerir0138
- Guerir0139
- Guerir0140
- Guerir0141
- Guerir0142
- Guerir0143
- Guerir0144

- Guerir0145
- Guerir0146
- Guerir0147
- Guerir0148
- Guerir0149
- Guerir0150
- Guerir0151
- Guerir0152
- Guerir0153
- Guerir0154
- Guerir0155
- Guerir0156
- Guerir0157
- Guerir0158
- Guerir0159
- Guerir0160
- Guerir0161
- Guerir0162
- Guerir0163
- Guerir0164
- Guerir0165
- Guerir0166
- Guerir0167
- Guerir0168
- Guerir0169
- Guerir0170
- Guerir0171
- Guerir0172
- Guerir0173
- Guerir0174
- Guerir0175
- Guerir0176
- Guerir0177
- Guerir0178
- Guerir0179
- Guerir0180
- Guerir0181

- Guerir0182
- Guerir0183
- Guerir0184
- Guerir0185
- Guerir0186
- Guerir0187
- Guerir0188
- Guerir0189
- Guerir0190
- Guerir0191
- Guerir0192
- Guerir0193
- Guerir0194
- Guerir0195
- Guerir0196
- Guerir0197
- Guerir0198
- Guerir0199
- Guerir0200
- Guerir0201
- Guerir0202
- Guerir0203
- Guerir0204
- Guerir0205
- Guerir0206
- Guerir0207
- Guerir0208
- Guerir0209
- Guerir0210
- Guerir0211
- Guerir0212
- Guerir0213
- Guerir0214
- Guerir0215
- Guerir0216
- Guerir0217
- Guerir0218

- Guerir0219
- Guerir0220
- Guerir0221
- Guerir0222
- Guerir0223
- Guerir0224
- Guerir0225
- Guerir0226
- Guerir0227
- Guerir0228
- Guerir0229
- Guerir0230
- Guerir0231
- Guerir0232
- Guerir0233
- Guerir0234
- Guerir0235
- Guerir0236
- Guerir0237
- Guerir0238
- Guerir0239
- Guerir0240
- Guerir0241
- Guerir0242
- Guerir0243
- Guerir0244
- Guerir0245
- Guerir0246
- Guerir0247
- Guerir0248
- Guerir0249
- Guerir0250
- Guerir0251
- Guerir0252
- Guerir0253
- Guerir0254
- Guerir0255

- Guerir0256
- Guerir0257
- Guerir0258
- Guerir0259
- Guerir0260
- Guerir0261
- Guerir0262
- Guerir0263
- Guerir0264
- Guerir0265
- Guerir0266
- Guerir0267
- Guerir0268
- Guerir0269
- Guerir0270
- Guerir0271
- Guerir0272
- Guerir0273
- Guerir0274

OceanofPDF.com