

## **MMDA ET L'ÉTERNEL AUJOURD'HUI**

MMDA est l'abréviation de 3-Méthoxy-4,5-Méthylène-Dioxyphénil-isopropylamine. Comme le MDA, dont il ne diffère que par la présence d'un groupe méthoxyle, il s'agit d'un dérivé synthétique d'une huile essentielle de la noix muscade. La similarité chimique de ces deux composés se retrouve dans leurs effets psychologiques chez l'homme – dans les deux cas, il s'agit essentiellement d'une potentialisation des sentiments. Leur différence chimique apparaît toutefois par quelques différences qualitatives au niveau de leurs effets : le MMDA entraîne fréquemment la projection d'une imagerie mentale. En outre, ce n'est pas sur le passé mais sur le présent que se fixe l'attention des ses utilisateurs.

Le MMDA et MDA entrent dans une catégorie différente de celle du LSD-25 ou de la mescaline, au même titre que l'harmaline et l'ibogaïne. Par comparaison avec le domaine trans-personnel et inhabituel de l'expérience psychédélique caractérisant l'action des ces deux groupes de drogues, ces iso-propylamines potentialisatrices amènent à un domaine à la fois personnel et habituel ne différant que pas son intensité de celui du quotidien.

### **Syndromes du MMDA**

L'un des effets possibles du MMDA, comme pour d'autres drogues psychoactives, est l'atteinte de l'expérience psychédélique. La différence entre cette expérience et celles provoquées par d'autres composés va se préciser dans les pages suivantes. Une autre conséquence du paradis artificiel du MMDA est son enfer spécifique. Il se caractérise par une intensification des sentiments désagréables – angoisse, culpabilité, dépression – qui peut être considérée comme le négatif photographique du précédent et constitue de plus un syndrome assez caractéristique. Ces deux types d'effets peuvent être regroupés car ils se présentent essentiellement sous la forme d'états de potentialisation des sentiments, contrastant avec ceux dans lesquels les sentiments ne sont pas affectés et qui peuvent prendre la forme de passivité, d'un retrait et/ou d'un sommeil profond au lieu d'excitation. Je pense que l'imagerie mentale et les symptômes psychosomatiques sont plus accentués par l'absence d'émotions vives, aussi je serais tenté de considérer ce syndrome comme une substitution des sentiments. Enfin, dans certains cas, la réaction individuelle au MMDA est faible ou très faible, les sentiments ou leurs équivalents sont tous deux absents et il se constitue un état qui pourrait être considéré comme les « limbes du MMDA ». Dans ce cas, l'effet du MMDA entraîne une apathie ou un sommeil plus profond. Je suggérerais donc de les considérer comme des exemples de répression des sentiments

n'autorisant même pas leur expression symbolique, état ne pouvant être maintenu qu'au prix de la perte de conscience.

Pour généraliser et dans le but de définir une conduite à tenir en situation de traitement, je considérerai les effets du MMDA comme appartenant à cinq sortes d'états ou de syndromes éventuels :

1. Un état subjectivement très gratifiant et pouvant être considéré comme un genre d'expérience psychédélique particulière;
2. Un autre état dans lequel les sentiments et les conflits anormaux sont amplifiés;
3. et 4. Des états dans lesquels ce ne sont pas les sentiments qui sont potentialisés mais les symptômes physiques et l'imagerie visuelle;
5. Un état de léthargie ou de sommeil.

Les symptômes psychosomatiques ou l'imagerie mentale peuvent être présents dans beaucoup de ces états, mais sont plus marqués dans le troisième et le quatrième (comme substituts aux sentiments), les sentiments eux-mêmes représentent l'aspect dominant dans les expériences des deux premiers, et un état d'indifférence (peut-être de nature défensive) existe dans le troisième et quatrième pour culminer dans le cinquième. Dans ce dernier, comme dans un état onirique normal, existe une activité mentale importante mais difficile à comprendre, à se remémorer et à exprimer. Ces états peuvent se succéder au cours d'une même expérience, l'effet du MMDA débutant par de l'angoisse et des conflits jusqu'à l'établissement d'un meilleur équilibre ou l'apparition de somnolence. Ou alors, une séance peut débuter par une agréable sensation d'équilibre pour déboucher ensuite sur un malaise physique ou émotionnel, et ainsi de suite.

### **L'assimilation de l'expérience psychédélique**

Nous avons déjà remarqué à quel point l'expérience psychédélique pouvant intervenir grâce au MDA consistait en une affirmation de l'aspect unique du moi, contrairement à celle du LSD qui se présente comme une dissociation de l'individualité et une unification du moi avec tout l'univers. Dans l'expérience psychédélique qui peut être induite par le MMDA, on pourrait parler à la fois d'une intégration et d'une dissociation du moi, mais réarrangées sous la forme d'une nouvelle entité. La dissociation s'exprime ici par une ouverture à l'expérience, une volonté de ne rien préférer. La formation du moi, d'autre part, est implicite dans l'absence de phénomène de dépersonnalisation et dans le fait que le sujet tient compte du monde quotidien, des gens, des objets et des relations avec autrui.

L'expérience psychédélique du MMDA est, habituellement, une expérience au cours de laquelle l'instant vécu devient très gratifiant dans toute sa réalité du moment, car le

sentiment dominant n'est pas constitué d'euphorie mais de calme et de sérénité. On pourrait le définir comme une « heureuse indifférence » ou, comme l'a qualifié un patient, « une forme impersonnelle de compassion », car l'amour y est « enchâssé » dans le calme.

Aussi exceptionnel que cet état puisse être pour beaucoup de gens, il s'inscrit résolument dans la gamme de l'expérience humaine normale. La perception des choses et des gens n'est habituellement pas modifiée ni même exagérée, mais les réactions négatives qui filtrent dans nos vie quotidiennes, à l'insu de notre prise de connaissance consciente, sont inactivées et remplacées par une acceptation inconditionnelle. Cela ressemble beaucoup à l'*amor fati* (l'amour du destin) de Nietzsche, l'amour des circonstances particulières de la vie de chacun. La réalité immédiate semble être bienvenue dans ces états induits par le MDMA, sans douleur ni attachement excessif. La joie ne semble pas provenir d'une situation précise mais bien de l'existence elle-même, et, dans un tel état d'esprit tout est également digne d'amour.

Malgré que le MDMA soit un produit de synthèse, il nous fait penser à la népenthès (plante « qui dissipe la douleur ») d'Homère, qu'Hélène donne à Télémaque et à ses compagnons afin qu'ils oublient leurs souffrances :

Et alors, Hélène, fille de Zeus, eut une autre pensée, et, aussitôt, elle versa dans le vin qu'ils buvaient un baume, le Népenthès, qui donne l'oubli des maux. Celui qui avait bu ce mélange ne pouvait plus répandre de larmes de tout un jour, même si sa mère et son père étaient morts, même si on tuait devant lui, par l'airain, son frère ou son fils bien aimé et s'il le voyait de ses yeux. Et la fille de Zeus possédait cette liqueur excellente que lui avait donné Polydamna, femme de Thos en Égypte, terre fertile qui produit beaucoup de baumes, les uns salutaires et les autres mortels.\*

---

\* L'odyssée, d'Homère (ÉD. De la Pléiade).

Quelles que puissent être les implications thérapeutiques de la magie d'une telle sérénité, certaines apparaissaient dans le cas que je vais maintenant décrire. Il s'agit d'un patient de vingt-huit ans qui m'avait été envoyé par un autre psychiatre après six années de traitement presque inefficace.

Le motif de consultation de ce patient, aussi bien dans le passé qu'aujourd'hui, était dans une angoisse chronique, un sentiment d'insécurité dans sa relation avec autrui, notamment avec les femmes, et de fréquents accès de dépression. Après le premier entretien, je lui demandai de rédiger une biographie, comme je le fais souvent, à cause de la valeur thérapeutique d'un tel exercice psychologique et du temps d'entrevue qu'il permet de gagner. Au moment de son départ, je lui recommandai ceci : « S'il ne se passe rien de nouveau, revenez quand vous aurez terminé la rédaction. Mais si vous vous impliquez vraiment dans celle-ci, vous n'aurez- peut-être plus jamais besoin de moi. » Cet homme revint quatre mois plus tard avec une autobiographie-fleuve et me rappela ce que je lui avais dit à propos de cette rédaction, car elle avait été une des expériences les plus importantes de sa vie et lui paraissait constituer un nouveau départ à son existence. Je me suis rendu compte à la lecture de ce texte que je n'avais jamais reçu quelqu'un d'aussi clairement perturbé par son passé, ni jamais lu une confession aussi héroïque dans laquelle l'auteur tentait, page après page, de juguler sa honte.

La majeure partie de cette autobiographie traitait de sa vie sexuelle depuis son début et se terminait par une description des aspects de sa vie actuelle en rapport avec son sentiment généralisé d'insécurité. D'une part, il trouvait fâcheux son attrait pour les rapports sexuels anaux et il se montrait soucieux à la pensée que les femmes pourraient les considérer comme une caractéristique homosexuelle. D'autre part, il aimait se stimuler l'anus en se masturbant et éprouvait de la honte devant cette aberration. Interrogé sur son jugement personnel au sujet du degré éventuel d'homosexualité que cela risquait de signifier, il répondit ne pas avoir connaissance d'une quelconque tendance homosexuelle chez lui. Il reconnut pourtant ne pas pouvoir écarter une peur « irrationnelle » du jugement d'autrui sur l'existence de sa masculinité. Ou alors, son érotisme anal trahissait une tendance homosexuelle latente qu'il ignorait, et qui l'inquiétait.

Dans l'attente des premiers effets du MDMA, le patient se sentit mal à l'aise et un peu inquiet de paraître ridicule. Mais, à sa propre surprise, il entra progressivement dans l'état de plaisir serein qui caractérise les expériences les plus agréables avec cette drogue : « Comme n'avoir besoin de rien, ne même pas souhaiter bouger; comme être paisible au sens le plus profond et le plus absolu du terme, comme avoir l'impression d'être près de l'océan, ou même au fond; comme croire que la vie et la mort n'ont plus aucune importance et que tout a une signification; comme se dire que tout a une explication et que personne ne la donne ou ne la demande – comme être simplement un point, une goutte de plaisir qui s'étale. »

Après quelques temps, le patient s'exclama : « Mais c'est le paradis, et j'attendais l'enfer! Est-ce que c'est possible? Ou est ce que je ne suis pas à la hauteur? Tous mes problèmes me paraissent imaginaires. Peut-il en être ainsi? » Je lui répondis que c'était effectivement possible et que si ses problèmes étaient véritablement le fruit de son imagination, il serait bon de comprendre très clairement, de manière à pouvoir s'en souvenir par la suite. Je lui soulignai dont l'intérêt qu'il avait de comparer son état d'esprit actuel avec son état d'esprit habituel et à essayer de bien saisir leur différence.

Cette différence lui paraissait évidente. La drogue avait gommé le côté « juge de paix » que nous avions découvert au cours des rendez-vous précédents, le sens critique très personnel qui l'empêchait de vivre.

Je lui dis qu'il savait maintenant à quoi ressemblait la vie lorsque son « juge » était artificiellement endormi, mais que celui-ci se réveillerait à nouveau – et qu'alors il lui appartiendrait personnellement de le supporter ou non. Il fut d'accord, et je commençai à le confronter avec ses problèmes et des photographies de membres de sa famille afin de bien fixer dans son esprit les opinions de son moi « non-juge » refoulé. Il réalisa alors encore plus clairement l'existence de sa tendance à l'autopunition dans sa vie normale. Il disait par la suite : « Il y a longtemps que j'en ai eu l'intuition au cours de mon auto-analyse. Mais maintenant je le perçois plus clairement que jamais, et ce n'est plus seulement une cause, mais une caractéristique avec toutes ses implications d'ont l'importance dans ma vie et mes problèmes – je le comprends maintenant – a été énorme. »

Cette perspicacité entraîna vraiment un changement dans les jours suivants, car le patient ne s'identifia plus autant avec ses critiques autopunitives, mais les regarda avec un certain détachement comme s'il avait une vie (son jugement personnel) indépendante de l'accusé et de la victime.

En consultant le journal intime que le patient m'a aimablement permis de reproduire ici, on peut s'apercevoir que quatre jours encore après la prise de MMDA, l'état d'esprit découvert pour la première fois sous son effet persistait toujours de manière presque intacte. Le cinquième jour, il se sentit déprimé pendant quelques heures, mais la rédaction de son journal le réconforta. Cet épisode traitait d'abord de sa dépression et de ce qu'il avait ressenti quand : « J'étais au centre, au centre de moi-même, et je savais que je ne le quitterais jamais, parce que là je n'avais besoin que de respirer profondément, de sourire à l'univers, et de me souvenir de ces étagères de livres que je regardais ce jour là. » Il poursuivait : « Je comprenais que seules quelques secondes et une pièce vide suffisent à justifier toute une vie. Mourir ou perdre un bras n'ont alors plus d'importance. Ce n'est pas une question de quantité. Pendant zéro minute et sans rien, la vie est aussi bonne que possible. Dans un espace minuscule et sans argent, même en mauvaise santé, sans succès mondain ni toute cette comédie. » Et il ajoutait : « Je ressens cela, même aujourd'hui. Je suis à quelque distance du cœur de l'*Aleph*, mais je continue à être au centre, mon centre, encore un peu chaotique, mais néanmoins omniprésent, et pur. »

Je crois que ce patient est très précis quand il sent qu'en dépit de son moi « centré » dans le domaine très personnel et nouvellement découvert du plaisir intime, de l'autosuffisance et de l'indifférence devant la frustration, il n'est pas le moins du monde dans un état de désordre. Autrement dit, il ne confond pas (comme les patients et même quelquefois les thérapeutes) l'expérience de transcendance avec celle d'équilibre psychologique et de bonne santé mentale. Il est conscient de ses émotions négatives qu'il reconnaît comme faisant partie de sa névrose mais il continue de réagir de la façon qu'il sait ne pas être la plus souhaitable. Mais, comme pour l'importance qu'il attache maintenant à la « perte d'un bras », il ne se torture plus pour de telles déficiences. Au lieu de cela, il expérimente un désir moins nécessaire mais peut-être plus efficace de « construire » et d' « ordonner » sa vie, « comme un devoir d'amour ou un devoir sacré. »

Aussi différents que puissent être le détachement spirituel et le fonctionnement psychologique normal, je crois que ce dernier peut progressivement se développer en présence du précédent, transformant l'implication thérapeutique d'une telle expérience psychédélique en une implication indirecte.

Un état de sérénité peut se transformer ultérieurement lorsque la perspicacité augmente, de même qu'un analgésique peut permettre l'exploration chirurgicale d'une plaie. Une telle perspicacité est impossible tant que la perception de son identité par le patient dépend entièrement de l'intégrité d'une image de soi arbitrairement idéalisée. Mais lorsque ce patient dit que « la mort n'aurait plus aucune importance », même si vraisemblablement il exagère, il peut ainsi définir involontairement une vérité métaphysique; car, à son « centre », *la mort de l'Image de soi n'a plus d'importance.*

La manière dont une humeur et une attitude désinvoltes peuvent conduire à une meilleure perception de soi peut être illustrée par d'autres extraits de ce journal intime. Le passage suivant a été écrit trois jours après la séance :

Quelque chose ne peut pas me sortir de la gorge. La masturbation anale; la grande culpabilité, la suprême offense, celle que le Grand Puritain ne pardonne pas. L'ultime dégénérescence, la pire ordure.

Il était nécessaire d'en débattre avec le Dr N., mais ça n'a pas pu sortir... le fait de m'être caressé l'anus, d'y avoir introduit des objets tandis que me masturbais de l'autre main, d'avoir fantasmé d'avoir voulu être pénétré... le grand trou, le cul, le centre de mon enfer... restait dissimulé, ne se trouvant ni pardonnable ni compréhensible; c'était une chose devant laquelle même le Dr N. éprouverait du dégoût.

Je peux faire aller et venir le Grand Inquisiteur dans mon cul, lui chier ou lui pisser dessus – mais tout cela lui accorde encore trop d'importance, la solution réside dans la compréhension claire et le sentiment précis qu'il n'a pas autant d'importance, qu'il est

comme le reste de mes problèmes, parfaitement surmontable. Et qu'il n'est pas si diabolique, si horrible, qu'il n'est pas une marque d'infériorité, qu'il n'est que l'échappatoire d'un torrent momentanément retenu.

Et il ajoutait, trois jours plus tard :

J'ai compris que la grande culpabilité ne réside pas dans la masturbation anale mais dans le fait d'être homosexuel; ça me rend fou d'y penser, parce qu'il me semble que c'est la pire des choses qui pourrait éventuellement m'arriver.

Le déroulement des événements psychiques relatés ci-dessus illustre un processus bien connu en psychothérapie, par lequel un acte ou un souci (par exemple : les différentes façons de se masturber) perd de son importance, tandis qu'une importance accrue est accordée à un fait plus conséquent (c'est-à-dire : être homosexuel). Une attitude détachée et sereine d'acceptation est véritablement l'Énergie qui autorise le changement, et des conflits familiaux peuvent finalement conduire à des conflits plus graves qui enrichiront la vie plutôt que la ruiner.

Voici d'autres illustrations de la capacité accrue du patient à se percevoir :

Je sentais que plus rien n'importait. J'ai réfléchi à beaucoup de choses les jours suivants. J'ai compris que ma préoccupation de porter des vêtements confortables, des vêtements à mon goût (j'éprouve quelque honte lorsque je rapproche ceci de ma réponse à la première question du Dr N. qui me demandait ce que je voulais faire) provient de la *contrainte* que me faisait subir ma mère lorsqu'elle m'obligeait à porter des vêtements que je trouvais laids. J'ai compris pourquoi je ne fais pas toujours des choses que j'aime ou que je trouve appropriées : c'est parce que je les considère comme un obligation, et que ma mère m'a parlé de mes obligations pendant vingt-huit ans. Je suspecte aussi que le fait de ne pas vouloir téléphoner à mes petites amies lorsqu'elle ou mon père sont auprès de moi indique des sentiments de culpabilité à propos de la vie sexuelle – et qu'aussi je me sens coupable de donner à d'autres femmes l'amour que je ne lui donne pas à elle.

Je ne pense pas qu'il s'agisse seulement d'une coïncidence si le passage traitant de sa perspicacité dans trois situations différentes débute par une affirmation de son sentiment que « rien n'a d'importance ». Car la perspicacité, il le sait bien, ne dépend pas uniquement d'une manière de penser, mais est un des aspects de la modification. Il ne peut accepter avoir été le « méchant garçon » qu'il ne fut jamais et de concevoir des pensées qui ne l'opposent à sa mère que lorsque « plus rien n'a d'importance », car de telles pensées sont inséparables de sa propre auto-assertion et de sa propre rébellion.

L'équivalent behavioriste de la disponibilité à la perspicacité précédemment décrite est une disponibilité aux sentiments et aux impulsions qui seraient incompatibles avec une image de soi acceptable. Ceux-ci peuvent alors devenir supportables parce qu'il existe autre chose qu'une image de soi pour prendre appui – un « centre », qui donne au patient la confiance nécessaire pour laisser paraître des schèmes habituels. Si la mort n'a plus d'importance, pourquoi concevoir de l'hostilité ou ne pas agir de la « bonne » manière selon le conditionnement de l'attitude précédente?

Le passage suivant illustre bien l'accroissement de cette spontanéité dans le comportement et constitue un parallèle très exact à la compréhension exprimée dans l'extrait précédant :

Une fois de plus, je me suis senti immonde de vivre dans cette maison où la vie est impossible, avec une telle chaleur, avec le vieux charlatan dont les clients n'arrêtent pas de sonner à la porte et avec la vieille qui râle, râle, râle. Pourquoi est-ce que je ne prends pas ma voiture et que je ne me débarrasse pas de ces chaises? Pourquoi je n'emène pas l'autre folle à la clinique samedi? Et que dirait l'Oncle John s'il savait que je ne suis pas près de le faire ou faire cette course pour elle? (Et que cette maison est pleine de fourmis, de millions de fourmis, et volantes encore! Et qui m'empêchent d'écrire.) Mais je leur dis : « Vas te faire foutre Oncle John, toi, tes parents et ce qu'ils disent! ». Je l'ai engueulée et j'ai tapé sur la table une, deux, trois, quatre fois. Et je lui ai dit de ne pas s'attendre à ce que je continue à l'écouter seulement parce que c'est ce que j'ai fait pendant vingt-huit ans, etc., etc. Et elle est partie avec un sac. J'ai pensé qu'elle partait chez sa sœur, mais elle est revenue, aussi je crois qu'elle n'est allée qu'à la blanchisserie pour y porter quelques vêtements. Et je me sens immonde – coupable de haïr une femme de merde qui m'a enculé et veut continuer à le faire.

Mais ça suffit! Ils devront apprendre à ne pas m'emmerder pendant les derniers jours que je vais passer avec eux.

L'épisode précédent pourrait se comparer à la période d'« aggravation » qui apparaît quelquefois pendant une psychothérapie profonde sans recours à la drogue. En fait, l'hostilité du patient n'a été que censurée, ce qui peut constituer le prix inévitable à payer pour l'impossibilité de la ressentir et de la comprendre complètement avant de passer à autre chose. La révélation du net rejet de son environnement décrit par le patient peut paraître exactement l'inverse d'une acceptation inconditionnelle de la réalité, caractéristique de l'« état d'esprit du MDMA » dans les meilleurs cas. Comment des fourmis peuvent-elles être aussi importantes pour quelqu'un qui a senti que même la mort n'importait pas? Néanmoins, le patient accepte sa propre hostilité beaucoup plus facilement qu'auparavant, plutôt que de la réprimer ou de la laisser paraître sous d'autres formes. Une telle hostilité constitue probablement une défense contre d'autres sentiments qu'il n'est pas encore prêt à ressentir (sensation d'isolement ou de

ne pas de sentir aimé et respecté par ses parents, par exemple). Ces sentiments sont augurés par certains stimuli dans la maison, ainsi pouvons-nous nous attendre à ce que d'autres progrès *dans le même sens* les amènent à se préciser et le rendent moins vulnérable à la chaleur régnant dans sa chambre, aux fourmis, aux clients de son père et aux demandes de sa mère. Nous pouvons décrire l'état psychologique présenté ici comme un état dans lequel la « quantité » de sérénité disponible pour un maximum de cinq jours supplémentaires est juste suffisante pour enlever une pelure de son oignon mental. Mais si ce changement est durable, la même énergie disponible sera alors mise à l'œuvre sur la pelure suivante.

On peut percevoir un parallèle entre l'indisponibilité de l'hostilité du patient et sa peur de l'homosexualité. Son irritabilité et son doute sur le véritable penchant de sa sexualité ne sont certainement par une manifestation de santé mentale et d'équilibre psychologique. Mais, maintenant, il peut au moins les affronter – en et les affrontant il s'affronte plus lui-même que lorsqu'il s'inquiétait des vêtements qu'il portait ou de ce qu'une femme pourrait penser de sa façon de faire l'amour. Un indice de ce qu'il en est bien ainsi est son évolution, car, plus tard le même jour, il se sentait mieux qu'il n'avait jamais été. De plus, la semaine suivante, il n'a pas connu d'autres périodes d'abattement et d'euphorie, mais un niveau de bien-être qu'il n'avait jamais connu auparavant. Dans ces moments-là, il pouvait écrire ceci :

J'ai compris qu'il y a très peu de choses qui ont de l'importance. Ça n'a pas d'importance que la voiture ne marche, qu'une fille ne vous aime pas, qu'ils ne vous nomment pas aux meilleurs postes à l'université, qu'ils disent que je suis homosexuel, que je ne possède pas d'argent ou un royaume, que mes parents doivent mourir un jour, que tante Rose soit plus folle que jamais. La seule chose qui puisse avoir de l'importance est d'être capable de respirer profondément et de me sentir ici, maintenant, d'aimer l'air que je respire ou cette mouche qui vole. Ça n'a pas d'importance de ne pas pouvoir aller en Angleterre, de ne pas être un écrivain ou un playboy.

Et quinze jours après la séance :

Et adieu au cercle vicieux, à l'ennui « ontologique » à propos de tout, aux problèmes et à la psychothérapie. Finie la mer des Sargasses, la nuit noire et la tempête; c'est la fin de l'angoisse jusqu'au cou, de la dépression et de la merde à bouffer à la petite cuillère. Le soleil brille, la mer est bleue, le monde existe et cette mouche aussi.

Le lecteur peut avoir remarqué que beaucoup de citations dans lesquelles le patient exprime sa nouvelle compréhension sont rédigées au passé : « J'ai compris; je sentais ». C'est qu'elles trahissent l'état du patient à ce moment-là, ce qu'il confirme lui-même, et le fait que les notes n'aient pas été rédigées avant (bien qu'il ait écrit une description détaillée de la séance sous effet du MDMA, non reproduite ici) indique probablement que la compréhension n'intervient

qu'à ce moment-là, même si elle était potentiellement présente alors que la drogue était à son effet maximum. Autrement dit, que l'état de perception à ce moment-là de la séance était un état dans lequel de tels points de vue étaient *implicites* mais qu'ils ne dépendaient pas de ces mêmes vues. On peut concevoir le processus de retour comme le moyen de traduire à des fins particulières le sentiment réévoqué en attitudes *explicites*. L'expérience psychédélique pourrait être comparée à un point situé au sommet d'une montagne depuis lequel on peut voir le panorama environnant. Être au sommet d'une montagne ne permet rien de plus que la *possibilité* de voir, le processus d'observation différant de l'ascension. La vue offerte par un emplacement particulier *implique* le point de vue et le rend explicite. La perspicacité qui peut résulter d'un état particulier de conscience implique et exprime aussi le niveau de conscience. La perspicacité diffère de l'état mental dont elle est issue et constitue le résultat d'un acte de création par lequel la conscience élevée à une certaine hauteur peut observer ce qui s'étend au-dessous.

C'est-à-dire que le « centre » capable de « justifier la vie dans une pièce vide » doit être mis en contact de l'enveloppe de la vie quotidienne. Le « paradis » de l'expérience spirituelle doit être amené à supporter sur la « terre » des circonstances spéciales avant que la véritable compréhension puisse se développer. Ce n'est qu'à ce moment-là que la vie (ici : le comportement choisi) peut se créer selon le point de vue de l'éclair de compréhension.

La raison pour laquelle la synthèse précédente est rarement réalisée tient au fait que, depuis le sommet de la montagne, la vallée peut être invisible pour quelqu'un qui est mal équilibré et qui risque aussi de regarder les rochers ou même de tomber. Les conditions atmosphériques sont telles, en outre, que le sommet de la montagne ne peut qu'être difficilement aperçu depuis la vallée. Pour traduire cela en termes empiriques, disons que les difficultés que connaît une personne peuvent lui rendre difficile la prise de conscience durant l'expérience psychédélique (moment le plus souhaitable d'une telle réflexion), ou bien leur désagrément peut l'amener à éviter de s'en souvenir, ou encore, l'état d'esprit particulier de l'expérience psychédélique peut être gâté par de telles pensées.

D'un autre côté, lorsque quelqu'un est très proche des événements de la vie quotidienne (devant lesquels il est donc plus vulnérable), il risque d'être totalement incapable d'y réfléchir; il peut même s'y perdre – à l'égal de notre patient avec la sonnerie de la porte et des demandes de sa mère.

Toutes ces éventualités n'étant cependant pas totalement exclues, je pense que l'essentiel de la valeur devrait donc être attaché aux tentatives de direction de l'esprit, pendant la « bonne » expérience avec le MDMA, aux situations conflictuelles de la vie du patient, et au souvenir de son expérience psychédélique lors du contact avec ses difficultés.

C'est cette dernière éventualité qui s'est évidemment produite plusieurs fois les jours qui ont suivis la séance dont nous parlons. Cela explique l'utilisation du passé par le patient pour s'exprimer, non seulement quand il se souvient mais aussi quand il ré-expérimente, dans

d'autres circonstances, le goût du « centrage » qu'il n'avait fait que contempler sous l'effet de la drogue.

L'alternance des souvenirs de satisfaction sereine et des moments de désespoir (lorsque le patient pense que le traitement a été inefficace) montre que l'état d'esprit atteint grâce au MDMA n'est pas seulement un état temporaire susceptible de s'évanouir par la suite, mais un état d'esprit qui peut être *appris*. Une fois éprouvé, un tel usage de son esprit peut être facilement réexpérimenté. C'est dans cet apprentissage, grâce auquel une attitude souhaitable peut être « mémorisée » de manière non seulement intellectuelle mais aussi *automatique* (comme les mouvements de l'écriture et de la marche sont mémorisés lors de leur pratique), que réside, je pense, une des principales justifications à l'induction chimique d'une expérience psychédélique. Celle-ci pourrait être comparée à la main guidant celle d'un enfant pour lui apprendre à tracer une lettre, ou au praticien du système de M. Alexander montrant la façon de se tenir debout ou assis en ressentant le « goût » de la rectitude, ou encore à l'attitude des chamans mexicains utilisant le peyotl – incarnation végétale de la main-guide de dieu. Une fois en possession d'un tel savoir discriminatoire, il n'appartient qu'à l'individu de s'en souvenir et de le mettre en pratique. Un extrait éloquent du rôle de l'apprentissage appliqué à un état d'esprit est fourni par la méditation religieuse de Jean-Pierre Camus (que cite Huxley dans sa *Perennial Philosophy*\* :

Je demandais un jour à l'évêque de Genève ce qu'il faudrait faire pour atteindre à la perfection. « Vous devez aimer Dieu de tout votre cœur, me répondit-il, et vous devez aimer votre prochain comme vous-même. »

---

\*The Perennial Philosophy d'Aldous Huxley (New York et Londres : Haper & Brothers, 1945) pages 88-90

Je n'ai pas demandé en quoi la perfection consistait, ajoutais-je, mais comment y parvenir, « Par la charité, dit-il encore, qui constitue à la fois la fin et les moyens, le seul chemin par lequel nous pouvons atteindre à cette perfection, qui n'est d'ailleurs rien d'autre que cette charité elle-même. À l'égal de l'âme qui est la vie spirituelle du corps, la charité est la vie de l'âme. »

Je sais déjà tout cela, dis-je. Mais je voudrais savoir *comment* on fait pour aimer Dieu de tout son cœur et son prochain comme soi-même.

Il me répondit encore : « Vous devez aimer Dieu et votre prochain comme vous-même ».

Je ne suis pas plus avancé, répondis-je. Dites-moi comment parvenir à un tel amour.

« Le meilleur chemin, le chemin le plus court et le plus rapide pour aimer Dieu de tout notre cœur est de L'aimer totalement et sincèrement! »

Il ne donnerait pas d'autre réponse. Cependant l'évêque finit par reconnaître :  
« Nombreux sont ceux qui voudraient me faire dire les méthodes, les recettes et les voies secrètes menant l'homme à la perfection, mais je ne peux que leur répondre que l'unique secret est un amour sincère de Dieu et que le meilleur chemin pour atteindre cette amour est d'aimer. Vous apprenez à parler en parlant, à étudier en étudiant, à courir en courant et à travailler en travaillant. C'est seulement en aimant Dieu et les hommes que vous apprendrez à les aimer. Tous ceux qui pensent apprendre par un autre moyen s'illusionnent. Si vous voulez aimer Dieu, aimez-le de plus en plus. Commencer constitue un difficile apprentissage mais le seul pouvoir de l'amour vous permettra de devenir un maître dans cette voie. Ceux qui ont le plus progressé continuent encore, pensant ne jamais voir le bout du chemin, mais la charité ira croissant jusqu'à votre dernier soupir. »

Ce qui complique ce tableau dans le cas d'attitudes naturelles plus élevées et d'amélioration de modes de fonctionnement mental comme pour les aptitudes motrices, est l'interférence du réveil des schèmes habituels de réaction incompatibles avec le nouveau schème. Autrement dit, le *rappel* de l'état de bonne santé mentale n'est possible que lorsque des stimuli spécifiques n'entraînent pas les réflexes conditionnés dont le patient veut précisément se débarrasser. Examinons un dernier extrait du journal intime de notre patient :

Il s'est maintenant écoulé une semaine depuis la séance avec le MDMA, et aujourd'hui je me sens de nouveau isolé, dans mon lit, dans ma chambre sombre et surchauffée, dans cette maison sinistre, et je sens comme une envie de m'évader, d'aller ailleurs, au cinéma peut-être ou chez Alberto, ou chez n'importe qui, mais je sais que je me sentirai mal de toute façon, parce que je ne serai pas capable de m'échapper de moi-même, et

que je serai avec eux comme un zombie, comme un petit enfant qui pleure à l'intérieur, qui lèche ses blessures ou qui se masturbe en introduisant ses doigts dans son anus, en haïssant ses parents et en rêvant qu'il est un roi.

Je sens que tout ça aujourd'hui, seulement une semaine après avoir entrevu une guérison définitive. Et pourquoi? Parce que je n'ai pas bien dormi la nuit dernière (après une dispute avec Alice), parce que les déchets recommencent à s'accumuler dans mon âme, parce que j'ai attendu un coup de téléphone d'Ana. (La garce, elle m'a glissé entre les doigts.) C'est ça! Elle m'a bien possédé en n'appelant pas. Mon assurance est retombée à zéro, et je continue à être dépendant des autres à cent pour cent.

Le fait que le patient soit momentanément retombé dans son schème névrotique lorsque cette fille l'a rejeté montre qu'un tel rejet n'avait pas vraiment été pris en considération quand il s'était senti si vulnérable. Ce n'est qu'après avoir été confronté avec ce rejet et s'être remis de sa déception qu'il aurait pu dire réellement, comme il le fit d'ailleurs : « Ça n'a pas d'importance qu'une fille ne vous aime pas. »

Je pense que c'est dans une telle confrontation avec la vie (ou sa possibilité) que réside la guérison, tout comme la perspicacité permet à un nouvel état d'esprit de s'instaurer définitivement. Une telle confrontation risque de se produire au cours de la séance avec le MDMA si le patient est amené à tenir compte des conflits de sa vie, ou plus tard, lorsque vivre devient inévitable. Dans le cas présent, j'ai vraiment conduit le patient à contempler ses difficultés lorsqu'il a paru prêt à les regarder avec calme, mais je n'ai pas réalisé à quel point il dissimulait son désir de fuir certains problèmes. Ce fut, par la suite, son premier souci (« les choses qui ne sortaient pas ») et il résumait l'effet de la séance, comme « un antiseptique qui supprimerait l'infection pendant deux ou trois jours, au point que je me sentais complètement débarrassé de ma névrose ».

Plus nombreux sont les problèmes évités pour ne pas perturber une « expérience psychédélique », plus instable et brève pourra être une telle expérience dans la brume de la vie normale. Je mets ici « expérience psychédélique » entre guillemets pour sous-entendre le fait qu'une telle expérience contient un élément d'auto-description, en ceci qu'elle n'est possible qu'au prix d'une répression ou d'un refus de voir ce qui est incompatible avec elle. Quelle pourrait être la validité de l'acceptation de la mort si nous sommes incapables de l'imaginer? Je crois néanmoins que beaucoup d'expériences psychédéliques induites chimiquement contiennent certains problèmes impossibles à affronter.

Nous pouvons par conséquent nous demander ce qui pourrait être le plus souhaitable; prendre une attitude directive au cours de la séance avec le MDMA et tenter de confronter le patient avec ce qu'il évite (au risque de perturber un intégration partielle) ou le laisser expérimenter à sa guise le recentrage nouvellement découvert (pour que le goût en persiste lorsqu'il prendra ensuite la vie comme elle vient).

En fait, il n'y a pas autant de latitude qu'il y paraît. D'après mon expérience, environ 25 p. 100 seulement des patients réagissent spontanément au MDMA par une expérience psychédélique, tandis que trente autres n'y parviennent qu'après avoir essayé de résoudre leurs problèmes. Pour ces derniers, il est presque certain que l'expérience a pu avoir lieu *en dépit* (et comme la conséquence) de la liquidation d'au moins quelques-uns de leurs conflits, liquidation qui a d'ailleurs occupé l'essentiel de la séance. Pour les premiers 25 p. 100, j'ai généralement l'habitude de laisser l'expérience se dérouler pendant environ deux heures sans intervenir, puis de consacrer les trois heures restantes à l'examen de la vie et des problèmes du patient. Je pense pouvoir mieux l'aider en restant présent lors de sa confrontation qu'en le laissant l'assumer seul pendant les jours suivants. Je crois aussi que la remémoration de sa vie peut être plus facile pendant l'expérience psychédélique qu'au cours de la vie quotidienne. Dans la pratique actuelle, agir ainsi évite de forcer les tendances naturelles du patient, qui devient alors libre et ouvert devant ce qui se présente. C'était vrai dans le cas (parmi d'autres) de l'homme de notre deuxième exemple qui, après avoir passé deux heures à apprécier son état paradisiaque, voulait savoir où se trouvait l'enfer et être certain de la validité ou de la justesse de son état du moment.

Quelquefois, la confrontation cruciale intervient spontanément sous forme d'imagerie mentale réaliste. Ce fut le cas pour un patient qui s'était toujours senti insécure dans son travail de directeur et avait compensé cette sensation en adoptant un comportement outrageusement autoritaire. Vers la fin de la séance de MDMA, il s'imaginait qu'il était sur les lieux de son travail tout à fait détendu et chaleureux. Il avait réellement *appris*, grâce à son fantasme créatif, à quel point ce comportement était véritablement possible et combien son attitude défensive était inutile. Il a compris qu'une attitude non-défensive est dispensatrice de satisfaction. Le dialogue avec ce patient a été presque inexistant, mais son humeur et son comportement au travail se sont modifiés.

Il existe néanmoins des limites au désir et à l'opportunité de la confrontation et je pense que les possibilités du thérapeute sont plus étroites qu'il y paraît. Le patient risque de ne pas entendre (ou de simuler seulement d'entendre), ses sentiments ne suivent pas sa pensée, son esprit se vide ou s'encombre d'éléments perturbateurs, etc., toutes réactions qu'il faut néanmoins accepter. Il peut exister, de plus une sagesse naturelle dans le processus inconscient de la régulation contrôlant la longueur des pas de la marche vers l'intégration. La seule conduite du thérapeute dans ces cas-là, est de rester disponible et d'offrir ce qui est en son pouvoir.

Un autre exemple d'une telle confrontation spontanée et décrit ainsi par un patient :

Il est alors arrivé quelque chose de significatif. Tout d'abord, j'ai senti que quelque chose s'était produit, que quelque chose était différent. Comme si je m'étais pardonné quelque chose. Puis, j'ai pris conscience que ce pardon était associé à mon abandon précédent. Puis je me suis mis à fantasmer sur le fait que je circulais dans mon bureau l'université. J'ai

compris que je n'étais plus enfermé dans la dépression autopunitive que j'avais connue la semaine précédente. Je me sentais libre et à l'aise.

J'ai eu alors par moments conscience d'une qualité de paix de l'esprit que je n'avais pratiquement jamais connue (à cause de ma nature angoissée, calculatrice, comédienne, manipulatrice et inquiète), et cette paix de l'esprit – qui demeure encore aujourd'hui, quinze jours plus tard – me permettait de laisser couler le temps et d'adorer et apprécier des amis dans l'instant.

Qu'aurait donc pu offrir le patient à de tels moments, quand son état d'esprit ne pouvait pas être meilleur? Je considérerais en général les qualités suivantes comme contribuant à la stabilisation d'une expérience psychédélique :

### **1. Explication ou expression du point de vue et de l'état actuels**

On pourrait dire que le changement intervenu dans les sentiments du patient, outre qu'il promette des changements métaboliques de son système nerveux, augure également un changement implicite dans la perception d'autrui, dans les rapports avec eux et dans le respect de leurs valeurs. De telles modifications (si elles persistent) ayant donc à soutenir la nouvelle perception, il est souhaitable de les rendre aussi conscientes que possible, afin d'aider le patient à se débarrasser des visions déformées qui soutenaient ses symptômes. Quelqu'un peut ainsi cesser de se voir comme un persécuteur, et découvrir sa propre richesse. La totalité de l'approche thérapeutique consiste à demander au patient *pourquoi* tout lui semble maintenant en ordre (ou pourquoi il est inutile de s'inquiéter autant, de façon à ce qu'il puisse traduire en concepts sa compréhension implicite).

Dans le cas du patient de notre premier exemple, cela le conduit à une meilleure prise de conscience de sa tendance à l'autopunition, ainsi que nous l'avons mentionné précédemment. Une prise de conscience l'ayant aidé à exprimer son nouvel état d'esprit était constituée par ce qu'il décrivait en disant « plus rien n'a d'importance », et qui signifiait réellement quelque chose comme « Rien ne peut me soustraire à la joie d'exister, qui est une fin en soi. » La valeur de l'expression tient au fait que ses produits sont comparables à des « réservoirs » de l'expérience qui leur donne naissance et constituent un peu des moyens de re-création de cette même expérience. Les fruits de l'expression sont, comme l'art, un moyen de rendre visible l'invisible et de donner une forme précise à un instant éphémère de l'esprit.

### **2. Contemplation de la réalité quotidienne**

Ici domine la confrontation avec les stimuli (événements, personnes) habituellement pénibles ou inducteurs de réactions névrotiques. Cette confrontation donne la chance de découvrir un

nouveau schème de réaction dérivant de l'état d'intégration, découverte dont la probabilité serait moindre après la fin du « pic » de sérénité, lorsque l'événement est encore trop récent. La confrontation spirituelle préalable à la confrontation factuelle s'inscrit dans une stratégie qui pourrait se comparer à celle de Persée approchant Méduse : il ne la regarde pas directement mais par l'intermédiaire de son reflet dans le bouclier de Minerve\*.

---

\*Minerve déesse de la sagesse dont le bouclier représenterait l'esprit de l'interlocuteur

Les photographies sont utiles à cette fin car les indications qu'elles fournissent constituent des points de départ valables d'association avec les expériences de la vie, au contraire des stéréotypes qu'entraîne souvent la forme verbale des questions.

Chaque fois qu'une nouvelle approche ou un nouveau sentiment s'exprime en brisant le cercle vicieux des attitudes névrotiques, son expression devrait être encouragée de manière à pouvoir *demeurer* dans l'esprit comme élément d'élargissement du répertoire de réponses. Une rencontre imaginaire avec une personne précise et le dialogue en résultant peuvent constituer aussi un moyen efficace à l'égal de l'écriture qui est parfaitement compatible avec l'action du MDMA.

L'exemple suivant est extrait du récit d'un jeune homme marié, en thérapie depuis cinq ans. Sa femme et lui traversaient, au moment de la séance, un période chaotique douloureuse :

...Je me souviens d'avoir été allongé sur un tapis, où j'ai ressenti une impression de chaleur, de bien-être doux et irradiant. Le Dr N. Est venu à moi et a suggéré que nous entamions la conversation. Je lui ai raconté mon amour pour Jeanne et la douleur que j'éprouvais. Il me conseilla d'écrire ce que je ressentais. J'ai écrit comme j'aurais écrit à Jeanne. Je lui disais combien je l'aimais. Et que je l'attendais. Pendant que j'écrivais, j'ai ressenti une très vive réponse sexuelle, surtout au niveau du bas-ventre. J'étais entièrement absorbé dans ce merveilleux fantasme : je faisais l'amour avec Jeanne. Je lui faisais l'amour calmement, tendrement, la caressant doucement. J'ai senti, peut-être pour la première fois que mon besoin de tendresse et d'amour était l'énergie qui pourrait peut-être la réveiller de son anesthésie sexuelle.

Leur relation s'améliora après la séance, car l'état d'esprit exprimé dans la lettre persista partiellement et remplaça le sentiment de rejet et de ressentiment éprouvés jusque là. L'acte d'écrire (en couchant les sentiments sur le papier) peut être considéré, d'après cet exemple, comme un engagement et comme une réalisation, dans le sens d'une « incarnation » de ce qui n'était qu'un sentiment, délogeant ce qui n'était qu'une possibilité.

### **3. Prise de décision devant les conflits actuels**

Avant une séance avec le MMDA, je demande habituellement au patient d'établir une liste de ses conflits conscients, ou je la dresse en sa compagnie, car cette liste me fournit la matière des problèmes à étudier au moment d'un éventuel état d'harmonie psychologique.

Le conflit est peut-être la manifestation isolée la plus centrale d'une perturbation névrotique, parce qu'il est l'expression de la désunion ou du partage de la personnalité. Au moment privilégié de l'intégration, lorsque les fragments habituellement incompatibles de la psyché se réunissent, nombre de ses conflits vont disparaître. Si l'attitude intégrée n'est pas alors rendue explicite, elle risque d'être plus facilement perdue après disparition de ce moment privilégié qui constitue pour le patient l'occasion de découvrir l'attitude de son moi intégré et d'apprendre à le connaître. Lorsque ce moi aura disparu, le souvenir d'une telle attitude entrera dans la trame du souvenir de l'expérience psychédélique – et pourra peut-être en constituer le meilleur témoin.

#### **Maîtrise des états de potentialisation**

Tout ce que j'ai élaboré jusque-là s'applique aux expériences psychédéliques se produisant spontanément après de la prise de MMDA dans environ 20 p. 100 du total des cas. Cela peut aussi s'appliquer en partie au même genre d'expériences se produisant après intervention thérapeutique dans environ 30. 100 des cas, lorsque la résolution des conflits et l'intégration de la personnalité sont terminées. Mais, dans environ 50 p. 100 des cas, de tels sentiments du type « tout-va-bien » reflétant le calme et l'acceptation de l'amour ne se produisent pas du tout, et dans 80 p. 100, ils sont absents au début de la séance.

Pour ces cas-là, la réaction à la drogue peut se présenter essentiellement comme une potentialisation de certaines émotions et/ou de symptômes psychosomatiques, ou comme une focalisation de l'imagerie mentale. Chacune de ces possibilités provoque un certain effet demandant une approche spéciale, et je traiterai maintenant de celles dans lesquelles prédominent les réactions concernant les sentiments. Ces réactions de potentialisation de sentiments pourraient néanmoins être regroupées avec les « expériences psychédéliques », car les émotions constituent le point focal des ce deux types d'expérience, les deux s'opposant toutefois par le type de sentiment impliqué. À l'inverse de l'expérience psychédélique qui constitue le « paradis » du MMDA, l'état de potentialisation des sentiments constitue sont « enfer ». Au lieu du calme et de l'acceptation de l'amour résultant de l'expérience, les émotions caractéristiques de ce dernier se composent d'angoisse et de « mal-être » et la rendent peu satisfaisante sur le moment.

Ce second type d'expérience partage avec le premier la dépendance des sentiments éprouvés dans la situation actuelle et dans les contextes social et environnemental directs. Je pense que

cette qualité d'« instantanéité » de l'expérience psychédélique avec le MDMA se prête particulièrement bien à l'approche existentielle non-interprétative de la thérapie gestaltiste, utilisée – comme nous allons le constater dans les exemples suivants – pratiquement à l'état pur dans la conduite de nombreuses séances.

Les sensations de malaise représentent habituellement l'expression nette du rejet de soi ou la crainte de son imminence. Une fois cela rendu explicite, l'impasse gagnant/perdant peut être réexaminée afin de découvrir si le côté rejeté de l'individu ne contient pas une éventuelle valeur et si ses normes de jugement s'accordent bien avec son jugement profond ou font partie d'une réaction automatique pouvant les accompagner. Voici quelques exemples susceptibles de clarifier tout ceci.

Une patiente a été encouragée à effectuer ou à exprimer tout ce qu'elle désirait au cours de la séance. Lorsque la drogue commence à faire effet, elle se retire dans sa chambre pour s'étendre et écouter de la musique. Environ cinq minutes plus tard, elle retourne avec son thérapeute dans la salle de séjour et lui explique qu'elle a été incapable d'apprécier ces instants car elle s'était sentie perturbée par qu'elle nommait sa « voracité » - elle n'a pu vraiment écouter la musique parce qu'elle désirait simultanément une foule de choses, comme quelque chose à boire, la présence du thérapeute et, par-dessus tout, être différente.

Son malaise ne semblant plus associé avec son auto-accusation d'avidité et de voracité qu'avec le manque de moyens pour satisfaire ses besoins, je lui demandais : « Qu'y-a-t-il de mal à désirer toujours plus ? » Ce commentaire s'avéra être plus qu'un encouragement superficiel, car il l'amena à un examen plus ouvert de la question. Comme j'insistais ensuite pour qu'elle définisse ses souhaits et soit plus directe, elle trouva qu'en se laissant allée à l'expression de ses désirs elle devenait plus elle-même. Ce qu'elle avait d'abord étiqueté comme étant de la « voracité » fut rapidement perçu comme le désir d'être aimée, spécialement par un homme. Comme j'insistai sur le fait que ce désir était tout à fait normal, elle en perçut l'acceptabilité, et surtout la nécessité de le remplir d'une manière ou d'une autre. « J'ai couru indirectement après mes désirs toute ma vie, ce *détour* et le manque de prise de conscience de ce détour m'ont trompée. »

Le processus d'amélioration de l'auto-acceptation décrit dans cet exemple avait pu se manifester grâce aux invitations réitérées du thérapeute, qu'elle avait pu associer avec ses désirs refoulés et reconnaître comme siens, et non pas comme un choc *lui* arrivant.

L'extrait suivant du récit rétrospectif d'un autre patient illustre de manière très détaillée le processus du dévoilement progressif de désirs refoulés dans une atmosphère de soutien :

...Lorsque j'ai ressenti les premiers effets, je me suis allongé sur mon lit. Le Dr N. s'est assis à côté de moi et m'a suggéré de me détendre et de me laisser emporter par tout ce que je ressentirais. J'ai commencé par me sentir très angoissé et pris d'une grande envie de

pleurer. Le Dr N. m'a dit de le faire si je le désirais, mais j'ai résisté. Je lui ai dit que je ne me le permettrais pas car cela me paraissait horrible; que je n'aimais pas les gens qui s'apitoient sur leur sort et que moi, qui avais eu tant de difficulté à trouver ma voie, je sentais que je n'avais pas le droit de me sentir malheureux.

Le Dr N. m'a dit que j'avais peut-être de bonnes raisons d'éprouver de la pitié pour moi-même, don, de ne pas me préoccuper de mes pleurs. Il m'a conseillé de prendre un après-midi de congé et de faire tout ce que je voudrais. Je lui ai demandé s'il m'approuverait, et comme il acquiesçait, je me suis mis à pleurer amèrement. Le Dr N. me demanda alors comme mes larmes expliqueraient leur jaillissement si elles pouvaient parler. J'ai répondu qu'elles coulaient pour la tristesse du monde. Il m'a demandé ce que c'était. Je lui ai répondu que j'imaginai un grand lac formé par la douleur de tous les êtres humains depuis que le monde existe, de la plus petite, comme celle de l'enfant qui tombe et pleure, jusqu'à la plus grande. Une sorte de tristesse collective, à la mode de l'inconscient collectif de Jung. Le Dr N. me dit qu'il pensait que je risquais de pleurer sur mes propres expériences, sur des choses concrètes et bien définies. Que j'avais peut-être manqué de quelque chose dans mon enfance, par exemple, et que ceci affectait encore ma vie à l'heure actuelle.

Je continuai de sangloter et à souffrir, mais librement et avec une sensation de soulagement. J'avais mis un concerto de Vivaldi sur le tourne-disque. Je goûtais très profondément la musique et je sentais que je pouvais atteindre, à travers elle, l'être humain qui l'avait créée. Je pense que le Dr N. m'a demandé ce que la musique exprimait et je lui ai répondu que c'était la personne de Vivaldi, transformée en voix; une voix qui exprimait l'homme totalement. Je m'émerveillais qu'il ait pu ainsi s'extérioriser aussi totalement.

Comme c'est habituellement le cas, une fois que le patient entre en contact avec ses propres désirs avant de pouvoir les supporter et extérioriser leur prise de conscience, il peut comprendre l'expression d'un autre individu.

Le « retournement » (dans le sens de se retourner comme un gant) illustré par ces derniers exemples peut être compris comme une meilleure maîtrise de l'expression des désirs. Dans les deux exemples, il était essentiel de faire remarquer aux patients combien ils s'opposaient à leurs désirs avant de pouvoir considérer leur libération possible. Ce n'est qu'en la formulant que l'autocritique peut être affrontée et reconsidérée. Il fallait aussi que les questions du genre : « Qu'y-a-t-il de mal à désirer toujours plus? » et « Qu'y-a-t-il de mal à pleurer? » dévoilent leur contenu auto-accusatif d'avidité et d'apitoiement sur soi avant que le jugement mûri du patient puisse réévaluer, sous un nouvel éclairage, leur condamnation automatique et prendre une décision. Il en résulte que les désirs inconscients deviennent conscients, et

deviennent par conséquent sujets à un processus intelligent qui peut mener à la solution du problème.

Puisqu'un désir inconscient est exprimé de façons détournées et symboliques, sa satisfaction n'entame jamais la soif sous-jacente, contrairement au désir conscient qui peut être exaucé. En outre, plus un désir est conscient et plus il est accepté facilement, se transformant alors en satisfaction. Ainsi, la sexualité inconsciente est ressentie comme un isolement, une solitude et une frustration tandis qu'une sexualité consciente et acceptée constitue une expérience qui implique une vitalité accrue. La colère inconsciente peut être ressentie comme une irritation ou une culpabilité désagréable, tandis qu'une colère acceptée peut être prise comme un moyen puissant d'arriver à ses fins.

L'exemple suivant constitue un autre modèle de libération d'un désir inconscient et peut indiquer un comportement à adopter devant des altérations visuelles\*.

Le Dr N. m'apparaissait maintenant comme un loup cavernicole, un animal chassant sa proie dans les grottes. Il m'invita à parler au monstre (sous la forme duquel je le voyais), à m'adresser directement à lui en oubliant qui il était, en me disant que je le connaissais, qu'il ne me ferait pas de mal, etc.

---

\*Manifestation exceptionnelle avec L MMDA (5p. 100 du total des cas)

Je réussis à lui parler en rassemblant tout mon courage; « Pourquoi êtes-vous si affreux? » « Quelle importance cela a-t-il que je sois si affreux? me répondit-il. C'est mon affaire, pas la vôtre. » « Mais je m'inquiète de savoir comment vous faites pour vous promener avec cet tête. Qui peut vous aimer ainsi? » Puis je me mis à rire à la pensée que peut-être dans son pays tout le monde a un visage horrible et qu'il risquait même d'être considéré comme beau. Je lui racontai mes pensées et l'affreux visage se mit à s'évanouir jusqu'à ce que le visage du Dr N. apparaisse sans déformation. Il me dit que, selon son expérience, de telles altérations étaient un signe de colère refoulée et que même s'il ne la percevait pas chez moi, il serait bon d'approfondir la question d'un éventuel ressentiment. Je lui répondis que je ne pouvais pas imaginer un quelconque ressentiment envers lui puisque je n'éprouvais que de la reconnaissance; il m'avait tellement aidée et avait été si gentil avec moi. Mais je continuais presque inconsciemment, comme si quelqu'un d'autre avait parlé par ma voix, en ajoutant : « Pour quelle raison devrais-je éprouver du ressentiment pour vous sinon parce que vous ne m'aimez pas? » Je fus surprise par le commentaire du Dr N. qui me déclara que c'était un excellent motif de ressentiment. L'expérience cessa d'être aussi éprouvante et devint plus supportable, accompagnée de l'espèce de tristesse douce qui persiste après un one chagrin.

L'importance de cette séance tient dans le fait que non seulement le désir de la patiente d'être aimée par le thérapeute avait pu être exprimé, mais qu'il apparaissait même comme un substitut à l'expression de son amour personnel. Quelques jours plus tard, elle pouvait accepter son sentiment comme un enrichissement plutôt que comme un point faible, et elle écrivit un poème, le premier après dix ans d'interruption dans sa production poétique.

Dans les exemples qui précèdent, les patients étaient en conflit avec un besoin précis (aimer, pleurer) auquel ils résistaient mais qu'ils parvenaient seulement à exprimer. Ce n'est pas toujours le cas, et une des principales contributions de la thérapie gestaltiste a été de montrer comment la défense est aussi un besoin qui peut être exprimé de manières plus satisfaisantes que par la maîtrise et la répression de soi. À cette fin, le patient est encouragé à s'aligner sur la voix de son sur-moi (le « gagnant » de tout à l'heure) et à le ré-expérimenter comme partie de son jugement personnel, plutôt que comme un ordre étranger, en s'« identifiant » à lui volontairement.

### **Suppression d'une manifestation psychosomatique**

L'extrait suivant d'un enregistrement traite du conflit entre la nécessaire mise au repos et la répression du moi, prises au sens littéraux de relaxation et de contracture anormale et perturbatrice. Il s'agit, en réalité, d'un exemple de suppression d'une manifestation psychosomatique. Pour la patiente concernée, la « répression du moi » par son système de défense faisait partie de la manifestation physiologique qui lui était associée et qui lui occasionnait une douleur abdominale pour laquelle elle avait demandé un certificat médical.

Le traitement de ce sujet, nous amène à la question du traitement envisageable aux réactions au MMDA du type 3 de notre classification précédente : celles pour lesquelles les sentiments positifs ou négatifs des types précédents sont remplacés par des manifestations physiologiques\*.

Une potentialisation des manifestations physiologiques pourrait évidemment faire partie des réactions de type 1. Mais la substitution des manifestations physiologiques aux sentiments n'intervient de manière compréhensible que si le patient ne ressent pas de malaises émotionnels de l'état du type 2. Cela peut refléter une tendance chronique du patient, comme dans le cas de notre patiente, qui aurait pu être qualifiée, au moment de la séance, d'hypocondriaque hypomaniaque – bien dans sa peau, mais malheureuse de ses douleurs qu'elle avait tendance à considérer comme consécutives à un véritable problème physiologique.

Cette fois-ci, je marquerai ma participation personnelle au dialogue, qui s'est d'ailleurs prolongé plus de vingt ou trente minutes pour se terminer par un transfert de personnalité de la patiente. Mieux qu'un simple dialogue, cette séance pourrait être considérée comme semblable à celle qui peut avoir lieu entre le patient et un adepte de la thérapie gestuelle ou un chiropracteur. La partie verbale se compose essentiellement de manipulations thérapeutiques et des réactions du patient à ces manipulations – ces réactions ayant d'ailleurs souvent pris la forme de modifications posturales, de lamentations, de pleurs et de soupirs.

---

\*L'objectif est ici le décodage des attitudes du patient envers lui-même et envers les autres demeurant sous forme codée et ne s'exprimant qu'à travers l'expression corporelle.

*Médecin.* Oui je peux vous aider, mais je pense qu'il n'existe qu'un moyen pour vous de cesser de vous opprimer. C'est d'apprendre *comment* vous vous opprimez, de prendre conscience de comment *vous* vous opprimez. Vous ne pouvez devenir réellement consciente qu'en *devenant* la partie de vous-même qui est vraiment oppressive...

Êtes-vous vraiment devenue l'opresseur ou demeurez-vous seulement sa victime?...

Oui... Est-ce que c'est quelque chose que vous pouvez décider de refaire?...

J'aimerais que vous me racontiez ce que vous ressentez. Prenez seulement conscience de la force de l'oppression...

Éviter quoi?... N'interprétez pas, n'échafaudez pas de théories, laissez-vous simplement emporter par vos sentiments. Est-ce que vous vous sentez opprimée?...

Rien que là?...

Est-ce que votre voix résonne comme si vous l'opprimez?...

Est-ce que vous l'entendez maintenant?...

Avez-vous conscience de *comment* vous opprimez votre propre voix, de *comment* vous contractez votre gorge?...

Avez-vous conscience de l'oppression dans votre poitrine?...

D'accord, il y a une oppression dans votre poitrine et, plus bas dans le ventre, aux deux endroits.

Ressentez-vous une oppression dans vos mouvements, vos bras, votre cou, vos doigts?...

Et maintenant, que se passe-t-il pour vos mains, et pour vos bras? Maintenant, êtes-vous opprimée?...

Pouvez-vous vous opprimer, délibérément, maintenant?...

Non, je ne m'attends pas à ce que ce soit la même chose. Essayez-le seulement...

Qu'est-ce qu'il vous veut?...

Quelle est sa réponse?...

Pouvez-vous le faire, vous opprimer de manière à savoir ce qu'il veut, qu'est-ce que vous voulez lorsque vous vous opprimez vous-même? Qu'est-ce que vous voulez lorsque vous vous opprimez vous-même comme maintenant? Qu'est-ce que vous voulez vous faire? Et quelle satisfaction retirez-vous de cette oppression?...

Oui, l'opresseur obtient une satisfaction. Il veut opprimer; il prend plaisir à opprimer...

Ne luttiez pas. Laissez les choses arriver, laissez-vous être opprimée. N'essayez pas de résister, soyez la victime maintenant, laissez la torture prendre fin...

Vous n'avez pas à avoir la force de souffrir. Pour résister vous devez, mais si vous...

Essayez de ne pas résister maintenant...

Continuez. N'arrêtez pas...

Continuez, continuez. Ne résistez pas.

Permettez à tout d'arriver... N'y résistez pas, vous êtes en train de résister, ressentez-le. Soyez aussi ouverte que possible et ressentez-le...

Qu'est-ce que vous ressentez?...

Je perçois la manifestation d'une grande activité pour la première fois. Pouvez-vous la percevoir?...

Pouvez-vous ressentir un quelconque désir pour cette activité, comme si vous vouliez y revenir? Aucun plaisir de ce changement?...

Seulement du désespoir?...

Cette manière d'être fatiguée ressemble à une mort, une mort grise, un manque d'énergie, et toute cette énergie est retenue derrière elle...

Et je sens que pour l'oppression vous la possédez cette énergie, cette force...

Ainsi vous devez devenir cet autre aspect de vous-même si vous voulez avoir la force...

Peut-être, tandis que l'oppression s'installe, tandis que vous restez ouverte à l'opresseur, peut-être souhaitez-vous vous percevoir vous-même comme opresseur.

Je souhaite que vous en parliez, de ce sexe désireux d'oppression. Pouvez-vous approfondir cette question, en dire plus sur ce qu'il ressent? Mais essayez de devenir l'opresseur pendant que vous en parlez. Que désirez-vous en tant qu'opresseur?...

Pouvez-vous ressentir l'oppression comme votre désir, votre satisfaction?... Votre désir sexuel, votre colère, votre désespoir?... Votre attente?

Vous n'avez toujours pas été capable de vous identifier à l'opresseur...

Bon faites-le sans plaisir, prenez-le comme il vient. Je suis celui qui vous oppresse, vous pouvez commencer, même si vous ne le ressentez pas. Jouez simplement le jeu.

Parlez de ce que vous voulez, vous l'opresseur, comment êtes-vous, quel genre de personne êtes-vous?...

C'est à ce moment-là que la patiente eut l'intuition qui allait véritablement faire de la séance un succès. Capable maintenant de passer du rôle de victime à celui d'« opresseur », elle s'aperçut que la cause de ses douleurs n'était rien d'autre que la nécessité de s'emparer de tout, nécessité comparable à celle que ressent l'enfant accapareur et éternellement insatisfait. Elle le comprit

spontanément aussitôt après et laissa éclater sa joie en découvrant que la perversion de sa personnalité lui donnait le désir de se retourner contre elle-même; elle s'opprimait continuellement. Eckhardt soutient que tous les désirs ne sont en définitive que le désir de Dieu. Certains préféreront peut-être utiliser un autre terme et parler du désir de vie, d'absolu, de bonté, d'état idéal ou d'Éros. Ces diverses conceptions impliquent néanmoins la reconnaissance d'une unité sous l'apparente multiplicité des aspirations humaines. Un désir précis peut être conçu comme l'expression de la croyance tacite que l'atteinte de certains objectifs apportera la joie. Ce n'est bien entendu pas exactement ainsi que cela se passe, mais des croyances tacites ou inconscientes ne peuvent pas être modifiées par le raisonnement ni même par l'expérience. C'est la raison pour laquelle les voleurs, en général, ne retirent que peu de satisfaction de leurs rapines, les faiseurs d'argent de leurs gains et les écoliers studieux de leur savoir. Chaque fois que le processus thérapeutique permet la compréhension d'un besoin spécifique, le patient en retire une certaine liberté parce qu'il peut alors s'apercevoir que ce besoin n'est en réalité qu'un moyen d'atteindre une fin – qui n'est souvent, par ailleurs, qu'un détournement ou une inadéquation du besoin primitif. Ainsi lorsque le voleur comprend, non pas avec son esprit mais grâce à sa sensibilité, son besoin d'obtenir quelque chose d'autrui, il risque de commencer à rechercher l'amour. Même chose pour l'intellectuel névrosé comprenant son besoin de reconnaissance par autrui : il peut commencer à attacher moins d'importance à son prestige, sa valeur ne lui apparaissant plus comme aussi dépendante de l'accumulation de ses connaissances.

Je pense qu'une expérience semblable à celle précédemment décrite (conduisant à la prise de conscience d'une « for vitale ») ne constitue qu'une simple étape car elle ne conduit qu'à la compréhension du besoin d'unité parmi d'autres besoins d'étendue d'ailleurs limitée, comme la sexualité, l'ambition, l'avidité et la protection. C'est le domaine de l'expérience qui intéresse la mystique malgré l'absence, dans l'épisode en question, de termes propres au vocabulaire religieux ou mystique. C'est aussi le domaine de Jung considéré personnellement comme celui de l'archétype, bien que sa présentation dans l'histoire de notre cas n'ait pas essentiellement recours aux images.

### **Participation active durant les moments neutres**

Les différents types de réaction au MMDA pourraient être comparés à différents points d'un gradient de prise de conscience et d'ouverture spirituelle. Une augmentation de la prise de conscience peut faire classer le type psychosomatique de l'expérience dans le type de potentialisation des sentiments. Et ce dernier peut, grâce à la prise de conscience des oppositions, permettre l'expérience psychédélique d'intégration. À l'autre extrémité de l'échelle, on trouve des réactions pour lesquelles le patient a de moins en moins de choses à dire. Même les sensations physiques semblent se fondre dans un état de conscience contrôlée (plus probablement de nature défensive) risquant de culminer dans la somnolence ou le sommeil. Il semblerait que cet état de calme constitue une manifestation, à un autre niveau, du calme et de la sérénité caractéristiques de l'expérience psychédélique avec le MMDA. L'un est un état de calme au sein de la multitude, un apaisement dans le brouillard du tourbillon intérieur, alors que l'autre est un état de calme plat, une extrême placidité.

En approchant de l'extrémité inconsciente de l'échelle, vers laquelle la passivité se transforme en somnolence, le patient peut même être inconscient de son imagerie onirique. Si on

l'interroge, il peut mentionner la scène isolée qu'il visualisait à cet instant précis, mais il est incapable de se souvenir de la précédente. Ou alors, il sait peut-être que son esprit fonctionne mais il ne peut pas saisir le contenu de sa pensée ou de son imagination. Il n'en est heureusement ainsi que dans seulement 25 p. 100 des cas.

Lorsque l'effet du MDMA n'entraîne pas de sentiments positifs ou négatifs, une participation plus active du thérapeute peut être nécessaire pour pouvoir traiter avec les sensations somatiques, l'imagerie ou le comportement actuel du patient.

Les sentiments peuvent alors être amenés à la conscience par le biais de la symbolique ou de l'expression corporelle et par celui du dévoilement de l'expérience ou du comportement, comme c'est le cas dans la thérapie gestaltiste.

Prenons, par exemple, l'illustration suivante :

*Médecin* – Êtes-vous consciente de la crispation de vos mâchoires?

(La patiente hoche affirmativement la tête et intensifie la contraction de ses muscles masticateurs.)

*Médecin* – Intensifiez-la.

(La patiente commence à grincer les dents.)

*Médecin, quelques minutes plus tard* –Intensifiez-la.

(Le grincement de dents devient progressivement un verrouillage des mâchoires tandis que la patiente assise redresse la tête, écarquille les yeux et respire profondément.)

*Patiente* – Je me sens solide. Plus du tout contractée, mais ferme et maîtresse de moi-même.

*Médecin* – Restez ainsi.

(La patiente se détend progressivement et commence à avaler sa salive).

*Patiente* – Ma mastication s'est transformée en déglutition. Maintenant que j'ai trouvé ma force, je n'ai plus besoin de taper avec colère à la porte pour obtenir satisfaction, je n'ai qu'à m'en faire cadeau.

Un autre patient, qui se sentait très détendu, avait tendance à écarter les orteils. Il fut encouragé à se laisser aller alternativement à son désir de relaxation et de contraction. Il comprit rapidement l'influence de ces deux tendances opposées sur toute sa vie actuelle. Il percevait la tension de ses orteils comme le signe de son besoin d'animation, une manifestation de l'ennui et de l'insatisfaction qu'exprimait sa passivité, alors qu'il percevait son envie de dormir comme un retrait résigné du conflit. Grâce à cette nouvelle prise de conscience, son besoin d'animation devint plus fort que son besoin de retrait et l'amena à entreprendre une nouvelle thérapie à la suite du traitement par le MDMA.

La diminution des sentiments, des sensations physiques ou du désir de communication peut constituer une opportunité de l'utilisation du rêve. Comme je l'ai déjà mentionné, l'amélioration de la faculté de création de l'imagerie mentale produite par le MDMA peut faciliter la ré-expérimentation des rêves, alors que celle de l'intuition sous forme symbolique ou métaphorique est propice à la compréhension de leur signification.

### **Imagerie mentale et rêves**

Lorsque l'imagerie mentale (plutôt que les réactions psychosomatiques) domine le tableau des réactions au MDMA, le contenu de ces images peut-être considéré comme la « voie royale de l'inconscient ». Ce genre de manifestation peut évidemment croître et se développer comme une graine fertile et révéler quelques-unes de ses significations, à condition qu'on leur prête un minimum d'attention. Le premier devoir du thérapeute sera alors d'aider le patient à fixer son attention sur le déroulement des scènes, de manière à pouvoir en prendre conscience et à se souvenir de leur détail. L'exemple suivant est tiré de la séance à laquelle participait un homme de quarante-sept ans. Celui-ci avait passé la plus grande partie de son temps allongé, les yeux fermés, agréablement détendu, et il n'avait probablement retenu que très peu de ce qu'il avait vu. Interrogé, il n'a pu décrire qu'une scène sur les deux ou trois dont il pouvait se souvenir à la fin de la séance. Voici la description de cette scène :

Une des images que j'ai visualisée mettait en scène un chameau conduit par un Anglais typique, du genre Sherlock Holmes, voûté et anguleux. Ils étaient en excursion. Je ne sais pas pourquoi mais l'Anglais conduisait le chameau. Celui-ci ne portait pas le bât. L'Anglais était peut-être trop impatient et pensait qu'il devait tirer le chameau pour le faire avancer. Mon corps ne bouge qu'avec lenteur, il ne peut pas faire autrement, et l'essentiel de ce que j'ai à effectuer semble devoir l'être au ralenti, entrecoupé d'épisodes de repos.

Ce que le patient écrit neuf jours plus tard à propos de la séance montre comment le nombre et la signification des associations entre la symbolique et sa personnalité avaient augmentés après un certain temps de réflexion spontanée :

Ce que j'ai d'abord raconté exprime bien ce que j'ai éprouvé plus tard à propos de cette scène. L'Anglais qui fait son tour du monde ne monte pas le chameau; il est tellement insensé que son impatience force le chameau à avancer. Cet Anglais, c'est moi. Il est très « égocentrique » et cette caractéristique est très accentuée. Je pense réellement que les Anglais sont des fous capables de faire une partie de cricket pendant que le monde s'écroule autour d'eux, et qui ne jouent ces parties que pour eux-mêmes. Le chameau représente cet aspect de ma personnalité qui peut m'amener à une telle extrémité. Il représente toute la sagesse de l'Orient. L'idée du moi incluant le royaume de Dieu m'est familière. Dans ma vie quotidienne, je n'en donne pas l'impression; je ne le ressens pas intimement ou je ne le laisse pas paraître... Comme mes sentiments à propos du chameau, je sens que durant ma vie, je ne suis pas prêt à me permettre de le monter et de m'emmener en voyage. Je n'agis pas comme si j'avais un moi à transporter;

l'évidence d'une profonde spontanéité est très feinte. L'idée de dépendre des autres pour agir me devient cependant plus tolérable.

L'implication thérapeutique d'une telle disponibilité à la compréhension du symbolisme du rêve est évidente. Et, puisque celle-ci se produit fréquemment, elle peut être mentionnée comme un aspect cognitif du déroulement de l'expérience avec le MMSA. On pourrait suspecter que c'est précisément la similitude entre la compréhension visuelle et conceptuelle qui rentre en ligne de compte dans la tendance de certains à empêcher les aspects de leur vie intérieure de s'exprimer sous forme d'imagerie consciente,

L'utilisation de l'imagerie mentale lors du déroulement de ce genre de séance, comme de celles négociant avec les manifestations psychosomatiques, devrait avoir pour objectif principal la prise de contact avec l'*expérience* porteuse des symboles visuels, leur simple contemplation risquant d'être insuffisante. Par ailleurs, l'identification avec les personnages ou les objets du fantasme risque d'amener le patient à perturber une de leurs projections et à prendre conscience d'un aspect jusque-là ignoré et incompris de sa personnalité. Ce fut, par exemple, le cas pour une patiente éprouvant du dégoût à la projection d'une image de clown grotesque. En essayant de s'identifier au personnage, elle se mit soudain à hurler de peur car elle se sentait comme un bébé projeté dans les airs. Elle prit ensuite conscience qu'on avait joué avec elle comme avec une poupée. Elle avait vraiment adopté ce rôle et avait fait le clown toute sa vie pour la satisfaction d'autrui. Elle avait donc, jusqu'alors, joué cette comédie et souffert d'un ajournement de ses véritables désirs. Elle percevait la solitude qui en avait résulté comme la certitude que personne ne voulait d'elle, sauf comme objet d'amusement.

Le déroulement de ces événements indique que l'intérêt du MMDA ne tient pas qu'à la présentation d'un objectif significatif (l'image du clown) au conflit du patient (« faire le clown » au lieu du désir d'être aimée telle qu'elle était). La qualité de l'expérience s'est modifiée après déclenchement du symbole significatif. L'émotion de la patiente a été libérée, lui permettant de passer du type de réaction à la visualisation à un type de potentialisation de sentiments (être projetée dans les airs, être traitée comme un objet). Le fait de vivre ces sentiments désagréables et d'être traitée comme un objet lui a fait découvrir qu'elle se traitait *elle-même* comme un objet en se présentant ainsi aux autres. Un nouveau sentiment lui est finalement apparu : elle ne *voulait* pas se considérer ainsi. C'était l'amour qu'elle voulait vraiment. Il est significatif de constater que, durant plusieurs jours à la suite de la séance, elle fut prise d'un violent désir de nourriture. Ce désir prit soudainement fin lors d'un rendez-vous pendant lequel elle parvint à accepter plus complètement son désir d'amour. L'ensemble du processus peut être compris comme un passage consécutif au MMDA au type 3 d'absence de sentiments, bien que ce dernier ne soit devenu effectif qu'après la fin de la séance.

Le court exemple précédent pourrait donner une vision trop simpliste de l'intervention du thérapeute lors du processus de conduite du patient à la désymbolisation de l'expérience de visualisation. Une image peut devoir être amenée de façon répétée à l'esprit du patient et ses transformations surveillées de près. L'attention du patient peut devoir être dirigé sur ses sentiments tandis qu'il contemple la scène ou s'identifie avec des objets ou des personnages, sur ses diverses interprétations, etc. L'extrait suivant de la transcription d'un enregistrement n'a jamais conduit le patient à l'explosion de sentiments attendue. Mais cet exemple illustre en

détail l'exploration d'une image et montre le degré d'interprétation permis par ce genre d'approche non interprétative :

*Médecin* – Travaillons sur cette image. Pouvez-vous *devenir* cet endroit dans lequel vous entrez?

*Patient* – *Devenir* cet endroit?

*Médecin* – Oui, décrivez l'expérience de devenir cet endroit.

*Patient* – Là, j'ai un problème, parce que je ne sais pas ce qu'il y a à l'intérieur avant de l'avoir ouvert. Donc pour découvrir cet endroit je dois être conscient qu'il contient des bébés. C'est exact? Quel rôle dois-je jouer?

*Médecin* – Choisissez.

*Patient* – D'accord. Je suis cet endroit, il y a ce bébé à l'intérieur, et j'attends que quelqu'un vienne, ouvre la porte et le sorte de là. J'essaie de regarder. Je veux savoir ce qu'il contient. Je suis devenu curieux de le savoir.

*Médecin* – Pouvez-vous dire comment vous êtes? Pouvez-vous vous décrire?

*Patient* – Pas très bien, car il y a une partie de moi qui regarde à l'extérieur. À l'extérieur de moi-même, il y a de la lumière, une lumière brillante, un monde extérieur magnifique, et je suis comme un rideau qui empêche l'extérieur de pénétrer à l'intérieur. L'intérieur est amorphe, sombre, neutre, n'a aucun sens, à part celui d'être en suspens, comme arrêté, j'attends que quelqu'un prenne ce bébé et le sorte, et mon devoir paraît être de protéger le bébé à l'extérieur, de le préserver en quelque sorte.

*Médecin* – Préservez-le. Pouvez-vous percevoir cette partie de vous-même, cette fonction de protection?

*Patient* – Vous voulez dire dans ma vie quotidienne ou à l'instant?

*Médecin* – Non, dans votre vie, votre personnalité quotidienne. Est-ce que vous vous percevez comme le protecteur d'une partie très précieuse?

*Patient* – C'est très intéressant. Ma tendance – oh je commence à comprendre, je crois - , ma tendance consciente dès que j'aurai compris comment je peux le prendre sera d'entrer et d'aller le prendre très vite, probablement plus vite que je ne le pourrais.

*Médecin* – C'est ça! « Probablement plus vite que je ne le pourrais... » La peur de ...

*Patient* – Je veux qu'il soit tel que je puisse l'emporter directement. Je le force.

*Médecin* – Ainsi il semble y avoir un conflit pour vous entre la tendance à surprotéger, à vraiment soustraire son intérieur à la vie normale, souvenez-vous-en, et la tendance opposée, plus forte, à le sortir et vite le mettre dans la vie.

*Patient* – Je pense que c'est ce qui se produit consciemment, j'agis beaucoup trop vite, donc tout se bloque dans mon esprit conscient et je ne peux pas agir plus vite que je ne suis supposé le faire. Donc, inconsciemment, je dois aller à l'autre extrême, le garder enfermé. C'est une chose intéressante qui peut m'aider. Au cours de la méditation et de mes autres tentatives, toutes les fois qu'il semble commencer et se passer quelque chose d'intéressant, je dois le dominer et l'annuler. Donc je ne me laisse pas être moi-même. Je m'en retire dès qu'une image... J'ai fait l'expérience précédemment, ainsi tout ceci ne signifie que cela.

*Médecin* – Cela peut s'appeler faire écran à l'expérience, mais c'est aussi lui permettre de se dégager.

*Patient* – J'essaie de la dégager, c'est pourquoi je la perds. Oui. Extra!

*Femme du patient (comme spectatrice)* – Je ne sais pas si c'est le MDMA ou le Dr N.

*Médecin* – C'est le rêve : tout ce qu'il fait est de permettre un bon départ. Je pense donc que vous pouvez en retirer beaucoup si vous continuez en devenant cette pièce. Décrivez tout ce que vous pouvez sur vous-même dans un rôle d'une pièce, même l'évidence – tout ce que vous voudrez sur la couleur, la température, les dimensions, n'importe quoi.

*Patient* – Je crois que c'était peint en blanc, je dirais comme un appareil scientifique, comme une machine dans un hôpital. C'était évidemment de fabrication humaine.

*Médecin* – Racontez-le à la première personne.

*Patient* – Je suis peint en crème, une sorte de blanc chaud, j'ai été évidemment fabriqué de main d'homme, avec des poignées, des boutons et des choses, et ça me paraît signifier que je suis une partie de l'intelligence, pas de l'émotion. C'est très semblable à mon esprit conscient. Consciemment, je suis toujours très intellectuel, les émotions sont très internes.

*Médecin* – Ainsi, vous êtes une pièce artificielle conçue pour protéger ce bébé.

*Patient* – Je dirais que je ne la trouve pas artificielle du tout. « Artificiel » est exact, mais possède pour moi une connotation d'irréalité. À mon avis, une machine est tout aussi réelle qu'un être humain. C'est seulement fait d'une manière différente, ça me chagrine donc un peu d'utiliser l'adjectif « artificiel ». Ça existe, mais c'est quelque chose de différent. C'est tout aussi réel cependant.

*Médecin* – Oui. Vous êtes des commandes, manufacturés par l'homme...

*Patient* – ... C'est plus une question d'être bien défini, avec des limites et des lois très précises. Comme d'être ici ou de ne pas y être, je crois que je comprends exactement, voilà ce que c'est.

*Médecin* – Que pouvez-vous encore percevoir en tant que pièce? Pouvez-vous décrire vos sentiments en vous considérant comme une pièce?

*Patient* – Ma préoccupation, telle que je peux la percevoir, est de prendre soin de ce qui est à l'intérieur, de ce bébé, et je ne peux pas l'atteindre parce que je sens tout autour de moi ces dispositifs et ces appareillages contrôlant le bon environnement de l'intérieur, la température, l'atmosphère, etc. Ainsi, ma fonction essentielle, telle que je la perçois, n'est que de conserver l'environnement optimum pour le bébé.

*Médecin* – Vous avez dit quelque chose à propos d'être hygiénique?

*Patient* – Oui, de la manière dont c'était dans le rêve... Maintenant, je suis presque devenu un incubateur.

*Médecin* – Concentrez-vous un peu plus sur cette idée – comment se sent-on quand on devient un incubateur?

*Patient* – Comment se sent-on quand on devient un incubateur? Ça me paraît bien insuffisant. J'ai de la difficulté à m'identifier avec parce que je ne l'ai regardé qu'à moitié. J'essaie maintenant de le devenir plus totalement mais l'acte de devenir cet incubateur est encore insuffisant. J'aimerais faire d'autres choses mais je ne peux pas parce que je ne suis qu'un incubateur, et un incubateur n'est pas supposé les faire, et ce bébé est la chose la plus importante, donc je ne peux me soucier de rien d'autre.

*Médecin* – Est-ce que ça signifie quelque chose pour vous le dire : « Je suis un incubateur pour le bébé qui va naître », n'est-ce pas suffisant – d'être un incubateur?

*Patient* – Je n'ai jamais été conscient dans ma vie d'être cet incubateur. Ce que j'ai essayé de faire est de laisser l'incubateur faire ce qu'il est supposé faire au bébé, s'il est supposé lui faire quelque chose. J'essaie de sortir le bébé de là. Bon, dans le rêve, ce que j'ai fait a été d'attendre que quelqu'un vienne... Non... D'accord, dans le rêve, j'ouvre l'incubateur et je prends le bébé. Maintenant en tant qu'incubateur, j'essaie de faire ce que le bébé est supposé faire, plutôt que d'attendre que quelqu'un vienne et le prenne, et remarquons que je ne pense pas que le bébé puisse se réveiller et ouvrir la porte. C'est une action qui doit venir de l'extérieur.

*Médecin* – N'y a-t-il pas quelque chose dans le fait d'être un incubateur qui suggère une action de l'extérieur.

*Patient* – Vous dites que je suis une action de l'extérieur?

*Médecin* – L'incubateur est une action de l'extérieur, un grand nombre d'actions de nombreuses manipulations de machinerie, dans cette pièce, cette pièce hygiénique, qui n'est qu'une action de l'extérieur convergeant sur le bébé, comme s'il n'y avait pas là assez de foi pour que le bébé puisse survivre sans une telle incubation.

*Patient* – Bon, ça se passe comme ça : j'ai été mis au point pour faire quelque chose de spécifique, qui est de tout maintenir normal et constant, etc. Je dois faire tout ça, et si je ne le fais pas je ne remplis pas mes obligations. Je n'ai aucun désir personnel en tant qu'incubateur, je dois donc attendre que quelqu'un de l'extérieur fasse quelque chose par mon intermédiaire, qu'il ouvre la porte ou qu'il modifie les paramètres. Maintenant, j'ignore si le bébé le nécessite ou pas, je l'ignore, parce que je ne sais vraiment rien à propos du bébé.

L'enregistrement s'est poursuivi pendant longtemps pour aboutir à une impasse insoluble durant la séance : dans les souhaits du patient, le « bébé » voulait sortir (c'est-à-dire naître) mais ne pleurait pas pour demander de l'aide et ne *ressentait* pas de désespoir d'être enfermé. Seul un sentiment aurait pu le libérer car c'était les sentiments du patient qui avaient été refoulés et remplacés par des pensées et une manipulation personnelle (l'incubateur). Après exposition de cette situation, le problème fut cerné plus précisément au cours d'une rencontre du patient avec sa femme. La règle du jeu a consisté à ne rien exprimer d'autre que leurs sentiments immédiats (opinions réfrénées, jugements, interprétations, pensées). Cette attitude s'avéra non seulement utile pour le patient, mais constitua de plus une enrichissante expérience de communication pour le couple.

Lorsqu'il ne s'agit pas seulement de l'amoindrissement des sentiments et des manifestations physiques, mais aussi de celui de l'imagerie et du désir de communication, un rêve ultérieur du patient peut servir de point de départ à la thérapie. L'amélioration de la créativité permise par le MDMA facilite la re-création et la négociation avec les rêves par un processus continu, alors que l'amélioration de la compréhension des métaphores et des symboles est propice au dévoilement de leur signification.

L'exemple suivant, extrait de la séance d'un jeune scientifique, s'ajoute aux exemples précédents d'utilisation de l'imagerie mentale en décrivant le processus de « rencontre » des différents aspects du moi représentés par d'autres éléments du rêve. Ce processus constitue une ressource habituelle de la thérapie de la Gestalt, dont nous n'avons que peu parlé et qui peut s'avérer très utile avec le MDMA (et l'ibogaïne). (Mais cela nécessiterait une illustration plus détaillée.)

Le rêve examiné au cours de cette séance comporte une seule image, décrite par le patient avant que la drogue ne commence à faire effet. Cette image – fragment d'un rêve dont il ne pouvait pas se souvenir – mettait en scène une crevette agrafée dans un sac de plastique plein d'eau.

Je lui ai tout d'abord demandé de considérer le rêve comme représentatif de son existence et de s'identifier à la crevette. Il en disait « C'est mon existence. Je suis une crevette dans un sac de plastique. Je suis agrafée. Je ne peux pas bouger. Je n'ai pas de tête »

Cela avait une signification pour lui car il avait le sentiment d'être immobilisé dans sa vie. La description suggérée de l'expérience d'identification avec une crevette lui permit de comprendre qu'il était non seulement enfermé dans le sac mais aussi dans la carapace recouvrant son corps. Sa réaction se présenta comme un désir de liberté et de contact direct avec son environnement et l'amena à réaliser qu'il s'agissait pour lui d'un besoin véritable bien qu'inexprimé.

Interrogé sur l'interprétation éventuelle du rôle de la carapace, il réalisa qu'elle constituait aussi une partie de lui-même car il était désireux de se protéger. En poursuivant la mise en scène des éléments de son rêve, il découvrit qu'ils étaient tous mutuellement antagonistes. Mais, après que les « voix » des différents rôles eurent pu communiquer, un sentiment d'unité put se développer.

Le patient dans son rôle de crevette, ne se sentait pas emprisonné dans sa carapace, mais protégé par elle; la carapace n'insistait pas pour surprotéger la crevette, mais ne souhaitait que la servir comme un instrument ; la crevette et l'eau se plaisaient mutuellement et se sentaient toutes deux protégées par le sac.

Le patient se rappela alors d'autres éléments de son rêve. C'est de la main de sa mère que pendait le sac, avec tout son contenu. La carapace, le sac et la mère lui apparurent donc comme des présentations progressivement explicites d'une fonction de lui-même, le protégeant et le limitant simultanément. Je lui demandai alors de jouer le rôle de la crevette s'adressant à sa mère. Il commença par dire : « Laisse-moi sortir, laisse-moi me libérer », mais il ne pouvait pas être entendu à l'extérieur du sac. Il ne pouvait pas atteindre sa mère, se sentant trop isolé et trop éloigné d'elle, exactement comme dans sa vie réelle. Il prit alors conscience de son impossibilité à communiquer réellement avec elle.

Je lui demandai donc de s'écarter un peu de son rêve, d'imaginer sa mère assise en face de lui et de lui faire part de ses sentiments de contrainte ou d'emprisonnement. Le récit de cette rencontre constitue un long épisode que j'ai par la suite résumé comme suit :

Je ne pouvais pas, je ne pouvais pas. Je savais que j'étais furieux contre elle, que j'allais la frapper. Je me souviens maintenant de la première fois que j'ai pu la voir. Je l'avais mise debout sur le sol. Elle ne mesurait qu'environ soixante centimètres de hauteur et j'avais la sensation d'être en train de la mettre en pièces avec un club de golf. J'ai vraiment beaucoup souhaité le faire mais encore une fois je n'ai pas pu. À la fin, elle a simplement paru tomber en morceaux. J'ai eu brièvement l'espoir que cela signifiait qu'elle était vraiment partie, mais j'ai très vite découvert qu'elle était encore avec moi. Je pense qu'elle ne partira jamais avant que je la pousse dehors, que je sois très fâché, que je pleure, etc. Lorsque ce jour arrivera, je crois que je serai totalement libéré d'elle.

Il fut incapable de sortir de cette impasse, mais put au moins commencer à comprendre que son insatisfaction n'était pas faite d'inertie mais d'un conflit inconscient entre sa colère et sa culpabilité.

Il réfléchit sur la scène du rêve pendant près de quatre heures supplémentaires durant lesquelles il parvint à comprendre la signification de l'agrafe. Celle-ci représentait une violente colère enfantine qu'il avait dirigée contre lui. Après examen de cette attitude « puérile », son âpreté et sa violence avaient disparu – il ne désirait plus qu'être enlevé, plié et glissé dans le coin du sac. C'est-à-dire que l'hostilité de l'agrafe, initialement dirigée comme une « morsure » possessive et têtue sur la crevette, commença à être perçue par le patient comme un désir mal dirigé de rester en contact avec autrui, de ne pas être isolé. Il comprit alors que le bébé en lui, désireux d'être aimé, souhaitait l'être sans agressivité, et qu'il aurait pu se réaliser au contraire beaucoup mieux en appréciant simplement son entourage.

Comme dans le cas du sac, c'était le (ou la) « responsable » qui souhaitait le *statu quo* ». Personne ne souhaitait faire d'autres choses. La crevette désirait retourner à la mer et y vivre en liberté en ayant retrouvé sa tête; l'eau souhaitait s'évaporer et l'agrafe souhaitait aussi trouver sa place. Seul le sac désirait conserver les choses dans le même état – « elles se sentaient en

harmonie avec l'eau, crevette, carapace et agrafe toutes les unes dans les autres ». La séance s'acheva, pour le patient, sur le développement d'une perspicacité insoupçonnée et surprenante à l'égard de son monde intérieur.

Le lendemain, il commençait le compte rendu de la séance par l'affirmation suivante : « Maintenant, je sais *vraiment* comment je me perçois. » Il explique encore aujourd'hui huit mois plus tard, que sa personnalité actuelle diffère de la précédente « en ceci que maintenant je me perçois et je me comprends ». Il a accordé tellement de valeur à son expérience qu'il a décidé d'étudier la psychologie.

Les histoires de cas présentées dans les pages précédentes pourraient être comparées, dans leur ensemble, à la réunion d'une série de récits de séances normales de psychothérapie sans utilisation de drogue. La plupart des réactions au MDMA peut être considérée comme une *intensification* des sentiments, des manifestations physiques et de l'imagerie visuelle plutôt que comme une de leurs modifications qualitatives. Les résultats significatifs découlant d'une telle intensification du processus thérapeutique dépendent plus souvent de l'attention du thérapeute ou du patient que ceux-ci ne le souhaiteraient. À la différence que, en situation normale de thérapie, l'essentiel du temps et des efforts du processus thérapeutique peut perturber l'écran de la parole et des automatismes constituant le masque habituel du rôle en société. Grâce au MDMA, le contact avec l'*expérience* sous-jacente ou les manifestations résultant de leur dénégation et de leur déformation peut devenir plus direct.

Un autre aspect des effets du MDMA pouvant contribuer à l'intensification de l'acte thérapeutique, sinon à sa modification qualitative, tient au fait que, sans perte d'amélioration de la réflexion, la pensée acquiert une qualité plus immédiatement dépendante de l'expérience qu'elle ne le ferait ordinairement. Au lieu d'être essentiellement conceptuel et verbal, le processus de pensée caractérisant les états induits par le MDMA semble dépendre de l'imagerie visuelle, de l'information sensorielle et des émotions, permettant à une opinion abstraite d'amener à l'esprit du patient des manifestations concrètes de son application. L'intuition tend ainsi à devenir un processus complet et intelligent de perception plutôt qu'une manifestation simplement conceptuelle.

La valeur de l'imagerie visuelle en psychothérapie constitue un autre exemple du schème de pensée dépendant de l'expérience, de l'imagerie et des sentiments. Bien que quelques individus possèdent une facilité naturelle à produire de l'imagerie visuelle, et que d'autres puissent l'acquérir, la facilitation de l'imagination permise par le MDMA fait véritablement partie de ses caractéristiques intéressantes comme adjuvant à la psychothérapie.

Enfin, la valeur du MDMA réside dans sa capacité de création d'expériences psychédéliques spontanées ou consécutives à une manipulation thérapeutique pouvant se prolonger de quelques secondes à quelques heures. Durant de telles périodes de sérénité et d'amour, un individu peut expérimenter sa réalité d'un tout autre point de vue et par conséquent apprendre à se débarrasser de son schème habituel de comportement. L'importance de telles expériences sur la rencontre médecin-patient peut constituer une étape vers l'étude de la relativisation de l'« aujourd'hui », un présent débarrassé de tout lien de transfert avec le passé et les mécanismes stéréotypés.