Sous la direction de
Stéphane Allix
Paul Bernstein

Manuel clinique des expériences extraordinaires

InterEditions
INREES

Professionnels de santé, participez au réseau de l'INREES.
Pour plus d'information, rendez-vous sur le site de l'INREES : *www.inrees.com*
ou écrivez à :

INREES
Espace Professionnels
67 rue Saint-Jacques, 75005 Paris

Retrouver le site compagnon
du *Manuel clinique des expériences extraordinaires* sur :
http://manuel.inrees.com

L'INREES est une association loi 1901. Nous entendons proposer un espace d'échange et de communication autour des expériences extraordinaire, et ainsi offrir une plateforme de conseil et de soutien à destination de ceux qui en ont besoin, témoins comme professionnels de santé.
Vous pouvez nous aider en devenant membre bienfaiteur. L'adhésion est ouverte à toutes et à tous. Toutes les informations sur *www.inrees.com*.

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.
Le Code de la propriété intellectuelle du 1er juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.
Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).

© INREES
© InterEditions-Dunod, Paris, 2009
ISBN 978 2 72 961078 4

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).
Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

SOMMAIRE

Liste des auteurs VII

Introduction 1

1. Qu'est-ce qu'une « expérience extraordinaire » ? 3
PAUL BERNSTEIN

2. Psychopathologie 23
PAUL BERNSTEIN

3. Expérience de mort imminente (EMI) 41
EVELYN ELSAESSER-VALARINO

4. Conscience accrue à l'approche de la mort 97
EVELYN ELSAESSER-VALARINO

5. Vécu subjectif de contact avec un défunt 131
EVELYN ELSAESSER-VALARINO

6. Expériences de « sortie hors du corps » (EHC) 161
PAUL BERNSTEIN

7. Rêve lucide 211
STEPHEN LABERGE ET JAYNE GACKENBACH
(SUIVI D'UN TEXTE DE CARINE LEMARCHAND)

8. Expériences extraordinaires et états modifiés de conscience induits par des substances 251
OLIVIER CHAMBON

9. Les expériences psycho-spirituelles 279
DJOHAR SI AHMED

10. Expériences de hantise et de possession 331
ISABELLE DE KOCHKO ET DJOHAR SI AHMED

11. Les perceptions extra-sensorielles : le psi 367
ERIK PIGANI

Table des matières 405

LISTE DES AUTEURS

Ouvrage publié sous la direction de :

ALLIX Stéphane, journaliste, réalisateur et écrivain, il est le cofondateur de l'INREES (Institut de recherche sur les expériences extraordinaires).

BERNSTEIN Paul, diplômé en science sociale et en biologie, il a collaboré au PEER - Programme de recherches sur les expériences extraordinaires du psychiatre John E. Mack de l'Université de Harvard aux États-Unis. Il se consacre à des recherches liant science et expériences transpersonnelles : expérience de mort imminente, perception hors du corps, médiumnité ou encore précognition.

Auteurs ayant contribué à l'ouvrage :

CHAMBON Olivier, est médecin-psychiatre et psychothérapeute depuis plus de vingt ans. Auteur de plusieurs ouvrages de référence destinés aux professionnels, il a été pionnier, en France, des méthodes de soins comportementales et cognitives pour les patients psychotiques chroniques. Auteur de *La Médecine psychédélique. Le pouvoir thérapeutique des hallucinogènes* (Les Arènes, 2009), il s'intéresse depuis plusieurs années à l'utilisation des états modifiés de conscience (hypnose, EMDR, voyages chamaniques, etc.) en psychothérapie.

ELSAESSER-VALARINO Evelyn, consacre depuis près de vingt-cinq ans une grande partie de son temps à l'étude des expériences de mort imminente (EMI) et à l'écriture d'articles

et d'ouvrages sur ce sujet, dont *D'une vie à l'autre* (1999) et *Lessons from the Light* (réimpr. 2006) rédigé en collaboration avec le professeur de psychologie américain Kenneth Ring. Elle donne de nombreuses conférences et *workshops* sur les expériences de mort imminente, les visions au moment de la mort et les vécus subjectifs de contact avec des défunts. Elle est coordinatrice pour l'Europe de IANDS (International Association for Near-Death Studies).

GACKENBACH Jayne, travaille au département de psychologie, université d'Athabasca, Alberta, Canada.

KOCHKO Isabelle de, est psychologue clinicienne et psychothérapeute et travaille avec des adolescents en difficulté mentale. Elle est également hypnothérapeute (formation à l'Institut français d'hypnose avec Didier Michaux, élève de Léon Chertock).

LABERGE Stephen, PhD, travaille à : The lucidity Institut, Palo Alto, CA.

LEMARCHAND Carine, est titulaire d'un master I de psychologie clinique et pathologique.

PIGANI Erik, est psychologue et psychothérapeute de formation, pianiste et compositeur. Il est journaliste et chef de rubrique à *Psychologies magazine* depuis 1987. Il est l'auteur de nombreux livres d'enquêtes dont *Psi, enquête sur les phénomènes paranormaux* (Paris, Presses du Châtelet, 1999).

SI AHMED Djohar, est docteur en psychologie, psychanalyste, hypnothérapeute, certifiée en psychologie transpersonnelle et en travail de respiration holotropique ; co-fondatrice de l'Institut des champs limites de la psyché (ICLP) ; secrétaire générale de l'IMI. Auteur de nombreux articles et ouvrages dont *Comment penser le paranormal*, Paris, L'Harmattan, 2006.

Liste des conseillers scientifiques

- Patrick Baudin, docteur en médecine, thérapeute d'orientation transpersonnelle, praticien EMDR, formateur.
- Bernadette Blin, psychologue, psychothérapeute, directrice de l'IRETT.
- Marie Brisson, psychanalyste.

- Bernard Castells, médecin radiologue, cofondateur de l'INREES.
- Roberta L. Colasanti, psychothérapeute.
- Agnès Delevingne, psychologue clinicienne.
- Didier Dumas, psychanalyste.
- Geneviève Fribourg-Blanc, psychiatre et psychothérapeute.
- Martine Gercault, psychanalyste-psychothérapeute, psychologie transpersonnelle, respiration holotropique, EMDR.
- Bruce Greyson, M.D., professeur de psychiatrie, directeur de la Division of Perceptual Studies et du département de médecine psychiatrique de l'université de Virginie.
- Stanislav Grof, M.D., psychiatre, conduit depuis une cinquantaine d'années des recherches sur les états non ordinaires de conscience.
- Arthur Hastings, Ph.D., professeur et directeur du William James Center for Consciousness Studies, Institute de psychologie transpersonnelle, Palo Alto.
- Jean-Pierre Jourdan, docteur en médecine.
- Louis E. LaGrand, Ph.D., CT, accompagnant en gestion de deuil et consultant.
- David Lukoff, psychologue.
- Muriel Massin, psychologue clinicienne.
- Jocelin Morisson, journaliste et auteur.
- Paul-Louis Rabeyron, pédopsychiatre des hôpitaux, responsable d'enseignement à l'université catholique de Lyon.
- Jeffrey D. Rediger, MD, MDiv, psychiatre, directeur médical du McLean Hospital SE, Harvard Medical School.
- Carnita Sabater, diplômée en psychologie clinique et psychopathologie.
- Shelley Tanenbaum, Psy.D., psychothérapeute. A effectué son post-doctorat au Program for Extraordinary Experience Research (PEER).
- Charles T. Tart, psychologue, enseignant à l'institut de psychologie transpersonelle à Palo Alto.
- Serge Tribolet, psychiatre des hôpitaux (Paris), docteur en philosophie.
- Melissa A. Wolf, psychologue.

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Dans cet ouvrage, nous nous sommes appuyés sur plusieurs disciplines intellectuelles et plusieurs approches thérapeutiques. Les auteurs, ainsi que les conseillers scientifiques qui ont apporté leurs compétences respectives dans l'élaboration de cet ouvrage, sont issus de différentes écoles et ne partagent pas nécessairement tous les mêmes points de vue. C'est précisément la raison pour laquelle nous avons tenu à les rassembler ici, afin que pour le bénéfice des lecteurs, un large éventail d'approches puisse être présenté. En conséquence, la grande variété des hypothèses ou des conclusions provisoires développées tout au long des différents chapitres n'engagent que leurs auteurs respectifs.

INTRODUCTION

INTERPRÉTATION, croyance, hallucination, réalité ? Les expériences extraordinaires nous placent dans une zone frontière de l'esprit humain, un espace où il est aisé de perdre ses repères communs. Il devient alors difficile d'analyser objectivement et de gérer ces situations hors norme. Ce qui sort de la cohérence du système culturel établi a tendance à susciter deux formes de réactions opposées : rejet ou fascination. Une prise de distance est pourtant nécessaire, afin de ne pas se perdre dans nos croyances personnelles, celles de notre entourage ou encore celles de groupements opportunistes. Ce manuel propose cette prise de distance.

Le *Manuel clinique des expériences extraordinaires* est le texte fondateur de l'INREES. C'est un ouvrage collectif regroupant et présentant par catégorie un grand nombre d'expériences extraordinaires répertoriées à ce jour, ainsi que les suggestions d'approches thérapeutiques. Il s'adresse aux professionnels de santé, aux psychologues, aux psychothérapeutes de différentes écoles, mais aussi au grand public, à ces personnes qui ont vécu une ou plusieurs expériences, ou à leur entourage qui chercherait à comprendre les changements de comportement qui affectent leur proche ; enfin à quiconque ayant vu ou entendu parler de ces expériences et qui serait désireux de connaître et comprendre ce que les recherches scientifiques sérieuses, et l'étude clinique de ces expériences, ont permis de découvrir.

QU'EST-CE QUE L'INREES ?

L'Institut de recherche sur les expériences extraordinaires, l'INREES, est une association loi 1901 fondée en juillet 2007 par l'écrivain et journaliste Stéphane Allix et le docteur Bernard Castells. Il rassemble aujourd'hui des professionnels de santé, des psychologues, des psychanalystes, ainsi que des chercheurs, des cinéastes ou des écrivains, tous désireux de porter avec rigueur, méthode et ouverture un regard neuf sur les expériences humaines extraordinaires vécues par un grand nombre de personnes. L'INREES a pour vocation d'aider à progresser dans les connaissances sur ces sujets méconnus et pourtant très fréquemment rencontrés par les professionnels de santé souvent peu formés à entendre ce type d'expériences.

CRÉATION D'UN RÉSEAU NATIONAL D'ÉCOUTE

L'un des objectifs de l'INREES est de coordonner un réseau de correspondants professionnels mieux informés de ces phénomènes et désireux de mettre leurs observations et leurs connaissances cliniques en commun. Ce manuel constitue la première étape de ce projet destiné à ne pas laisser seules face à elles-mêmes les très nombreuses personnes qui témoignent de ces phénomènes inexplicables. Ce réseau regroupera les professionnels en santé mentale, thérapeutes, médecins, soignants en général et accompagnants qualifiés afin de proposer un cadre nouveau d'accueil de ces expériences extraordinaires. Un cadre dans lequel ces femmes et ces hommes seront accueillis sans jugement et sans préconception, un cadre dans lequel puisse se construire une relation de confiance. Dans cette relation, les personnes qui vivent ces expériences se sentiront en sécurité pour exprimer des émotions intenses. Elle sera ainsi suffisamment structurée pour permettre au patient — mais aussi au thérapeute — de reconnaître les possibles conflits intérieurs que font naître ces expériences.

1

QU'EST-CE QU'UNE « EXPÉRIENCE EXTRAORDINAIRE » ?

Propositions d'approches thérapeutiques

Paul Bernstein[1]

QUE DÉSIGNE l'expression « expériences extraordinaires » ? Quelles sont les stratégies les plus à même d'aider les personnes qui traversent ces expériences ? Voilà les deux questions que nous aborderons dans ce chapitre, et sur lesquelles nous reviendrons en détail tout au long de ce manuel. Chacun des chapitres à venir traitera de façon précise d'une catégorie particulière d'expérience extraordinaire, et présentera en détail les stratégies d'accompagnement ainsi que les réponses thérapeutiques qui se sont révélé être les plus bénéfiques pour le patient, patient que nous désignerons parfois dans le texte par le terme d'« expérienceur ». Ce terme classiquement utilisé pour désigner les personnes ayant vécu une expérience de mort imminente est étendu ici par nous à l'ensemble des personnes rapportant traverser tel ou tel type

1. Texte revu et annoté par Patrick Baudin, docteur en médecine et psychothérapeute ; Bernadette Blin, psychologue ; Marie Brisson, psychanalyste ; Olivier Chambon, psychiatre ; Roberta L. Colasanti, psychothérapeute ; Isabelle De Kochko, psychologue ; Agnès Delevingne, psychologue ; Geneviève Fribourg-Blanc, psychiatre et psychothérapeute ; Dr David Lukoff, psychologue.; Paul-Louis Rabeyron, psychiatre ; Dr Jeffrey D. Rediger, psychiatre ; Carnita Sabater, psychologue ; Djohar Si Ahmed, docteur en psychologie, psychanalyste ; Serge Tribolet, psychiatre.

d'expérience extraordinaire, car ce terme ne présuppose rien, ni de la personne qui les rapporte, ni des dynamiques qui sont à l'œuvre dans ces expériences.

QU'INCLUONS-NOUS DANS LA CATÉGORIE « EXPÉRIENCE EXTRAORDINAIRE » ?

Chaque société, chaque culture est étroitement attachée à un système de croyance servant à définir ce qui est réel et ce qui est fantasme, imagination ou fiction. C'est également vrai pour chacun de nous : en effet depuis la plus tendre enfance, nous faisons beaucoup d'efforts pour comprendre ce qu'est la réalité. Dans cet apprentissage, nous avons bénéficié de l'aide considérable de nos parents (même si nous n'avons pas toujours bien accueilli le bien-fondé de ce qui est réel et de ce qui ne l'est pas). Par exemple, il est commun pour les enfants en bas âge (entre la période des premières acquisitions du langage et l'entrée à l'école primaire) de parler « d'amis » qu'ils sont les seuls à voir. Les parents suivent les recommandations de pédopsychiatres préconisant d'accepter cela comme un comportement normal à cet âge et appellent ces personnages les « compagnons imaginaires ». Ainsi, les parents enseignent à leurs enfants à faire la distinction entre des événements imaginaires et les événements réels. En grandissant, de nouvelles autorités se superposent à celle des parents et nous guident dans les choix implicites que nous faisons tous en catégorisant chaque expérience de notre vie dans une liste « ce qui est réel » ou « ce qui n'est pas réel » — il s'agit tout d'abord de nos professeurs d'école, et dans certains cas de ceux que nous reconnaissons comme autorités religieuses, puis, quand nous approchons de l'âge adulte, les relais que sont tous les médias et support de communication et de partage d'information au travers desquels nous adhérons à une définition consensuelle de la réalité, établie à partir des différents savoirs : scientifiques et intellectuels.

À l'âge adulte, nous avons tous inconsciemment absorbé et largement accepté une somme d'événements et de phénomènes que notre culture a légitimement décrits comme réels — même si nous n'en avons pas fait personnellement l'expérience directe,

comme voir un atome ou un électron par exemple. Par une sorte d'accord tacite, tout nouveau phénomène qui arrive à l'attention de notre société et ne ressemble pas à quelque chose contenu dans la liste de ce qui est reconnu comme réel, sera considéré comme suspect, et sera aisément classé comme non réel, « imaginaire », ou même « impossible », « ridicule » ou « délirant ».

Par conséquent, si une personne fait l'expérience d'un phénomène qui n'a pas été précédemment inclus dans la liste culturelle de ce qui est réel, elle se retrouve dans une situation nouvelle et fâcheuse. Intérieurement, son propre mental (culturellement conditionné) juge que l'expérience ne peut pas avoir été vraie. Elle s'accuse d'avoir fait une erreur, tente d'oublier l'expérience, ou de la rejeter. Mais si l'expérience se produit à nouveau — ou si le simple fait de l'avoir vécue prend valeur d'expérience traumatique — elle peut être amenée à chercher de l'aide. Il est alors fréquent dans de tels cas que la personne se tourne vers un professionnel de santé.

À ce stade, le professionnel de santé a deux options. Il peut réagir en se fondant sur la même liste définissant « ce qui est réel » et qu'il a intégré à travers ses études personnelles, ses savoirs et les normes de la société, ou alors il peut s'abstenir de poser le moindre jugement avant d'avoir procédé à une évaluation subtile et complète du patient. Dans cette seconde attitude, le thérapeute peut parfois constater que la personne ne présente aucun signe de trouble manifeste alors qu'elle témoigne d'une expérience que la culture savante n'inclut pas dans la liste des événements réels.

Voici le type d'expériences que nous présentons dans ce manuel : des expériences qui arrivent à beaucoup plus de gens qu'on ne l'imagine, de tous âges, dans des pays différents, et qui pourtant n'ont pas encore été répertoriées dans la liste de « ce qui est réel », bien qu'elles ne soient accompagnées d'aucun diagnostic clinique de trouble manifeste.

★

Il est fondamental de souligner que la société n'a pas une approche figée de cette liste des événements réels. Sur le long terme, on observe que cette liste évolue, s'enrichit, et intègre en tant que « fait » ce qui était auparavant rejeté comme étant « impossible ». Par exemple, jusqu'à la fin du XV^{e} siècle, la plupart des Européens

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

défendaient l'idée d'un monde plat : c'était évident ! Un monde incurvé aurait vu l'eau des océans tomber. Ce n'est qu'après que plusieurs vaisseaux, au début du XVI^e siècle et contre toute logique, eurent fait le tour du globe terrestre, sous la direction de Magellan, que la notion de Terre ronde est passée de « ridicule » à « bien sûr ! n'importe qui d'intelligent sait ça ». De même, durant des siècles, les plus prestigieux savants français, y compris ceux qui fondèrent l'Académie des sciences, refusèrent d'accorder foi aux témoignages des « simples villageois » comme ceux d'Ensisheim en Alsace ou de Barbotan en Midi-Pyrénées, qui avaient vu des rochers tomber du ciel. Le phénomène des météorites ne fut accepté dans la liste de « ce qui est réel » qu'en 1803, lorsque de nouvelles « pierres tombées du ciel » arrivèrent à l'académie en provenance du village de l'Aigle, en Basse-Normandie. Un jeune scientifique de cette même académie se rendit alors dans le village afin de prendre des mesures, recueillir des témoignages et constater les similitudes entre les différents cas rapportés dans d'autres pays (Biot, 1803).

Pourtant, même si le contenu de la liste de « ce qui est réel » a graduellement augmenté au cours des siècles, chaque nouvelle génération est rarement informée que ce qui est accepté comme « réel » était autrefois rejeté avec véhémence, car reconnu comme « impossible » ou « délirant ». À l'inverse, nous semblons tous nous engager dans la vie avec la certitude que ce qui est réel ou ce qui ne l'est pas sont choses parfaitement définies et immuables. C'est une condition de vie essentielle, car plus sécurisante, rassurante, intellectuellement plus confortable. (Imaginez seulement vous réveiller chaque matin incertain de ce qui est réel et de ce qui ne l'est pas.)

★

Les expériences présentées dans ce manuel, même si elles ne figurent pas encore dans la liste de ce que notre société accepte comme étant réel, ne sont pas nécessairement des événements rares. Certaines arrivent à de si nombreuses personnes qu'elles pourraient être considérées comme « ordinaires » plus « qu'extraordinaires ». Par exemple, obtenir des informations au moyen de son intuition est rapporté par à peu près tout le monde. Lorsque ces informations sont avérées — par exemple la prémonition que je ne devrais pas conduire aujourd'hui sur mon itinéraire habituel parce qu'un danger particulier me guette — une certaine frange de notre

société les qualifie de « coïncidences » plutôt que de reconnaître que nous avons, parfois, la capacité de correctement pressentir le futur. Pourquoi opposer « coïncidence » à « prémonition » quand nous reconnaissons être régulièrement confrontés à tant de phénomènes dont la nature ontologique est indécidable ?

Lorsque la science s'est déjà penchée sur ce genre d'expériences extraordinaires très fréquentes, utilisant des procédures de laboratoire rigoureuses pour les étudier, elles ne sont pas pour autant accueillies d'emblée dans notre liste de « ce qui est réel ». Lorsque les données d'expériences, effectuées sur la précognition par exemple, confirment la capacité de certains individus à connaître des événements du futur (Bierman et Radin, 1997 ; Bierman et Scholte, 2002), il n'en demeure pas moins que la formulation de théories satisfaisantes et accessibles permettant d'intégrer ces résultats reste purement spéculative tant les hypothèses scientifiques proposées sont exploratoires et contestent de manière même parfois marquée les modèles scientifiques en vigueur. Dans ce conteste, les résultats des expériences réalisées sur des catégories d'expériences extraordinaires sont même embarrassants, voire dissuasifs, en ce qu'ils constituent ce que l'on appelle en science des « anomalies ».

Changer un système de représentation de la réalité se fait très lentement au sein d'une société, il en va de même pour la science qui n'accepte des changements radicaux de paradigme que devant la force des faits constatés. Mais l'histoire de la science montre qu'avant chaque évolution marquante, une opposition forte se manifeste au sein du monde scientifique. L'évolution des idées et des théories se fait rarement de manière consensuelle. Au contraire, un état conflictuel peut durer une génération entière, parfois plus (Kuhn, 2006).

La plupart des « expériences extraordinaires » décrites dans cet ouvrage ont déclenché de tels conflits au sein de la science contemporaine. Non parce que les données scientifiques portant sur leur réalité n'ont pas été rassemblées et validées, mais justement parce qu'elles l'ont été, et qu'en conséquence certaines théories fondamentales concernant les expériences humaines doivent être révisées.

© InterEditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

EXPÉRIENCES EXAMINÉES DANS CE MANUEL

Expérience de mort imminente – EMI

Expérience en état de mort clinique durant laquelle l'activité cardiaque et cérébrale d'un individu a cessé temporairement. Mais une fois ramené à la vie, ce même individu décrit de manière précise des faits dont il a été témoin durant cette période de mort clinique. Parfois il rapporte des faits qu'il a observés dans des lieux éloignés de l'endroit où se trouvait son corps sans vie, faits qui ont pu être vérifiés par la suite. Les mêmes expériences peuvent parfois se produire lorsqu'un individu n'est pas cliniquement mort, mais proche de la mort, dans le coma ou en état de choc émotionnel. (Mercier, 1992 ; Elsaesser-Valarino, 1999 ; Jourdin, 2007 ; Sabom, 1992 ; Ring, 2008).

Expérience de conscience accrue à l'approche de la mort

Il s'agit d'un état de conscience spécifique, déclenché par la proximité de la mort et durant lequel les personnes témoignent d'une connaissance particulière qui, dans certaines limites, peut leur permettre de contrôler le processus de mourir (Callanan et Kelley, 1993). Une de ses composantes essentielles est le phénomène des « visions au moment du trépas », pendant lesquelles les mourants — et dans la quasi-totalité des cas eux seuls — peuvent voir et entendre des proches décédés ou des figures spirituelles, et communiquer avec eux de manière télépathique (Osis et Haraldsson, 1977).

Vécu subjectif de contact avec un défunt (VSCD)

Contacts ou communications que des personnes décédées semblent induire à l'égard de leurs proches. Il s'agit d'expériences spontanées et directes, à l'exclusion des contacts qui sont obtenus à l'initiative des survivants avec l'aide de médiums. Les VSCD directs et spontanés sont très courants, passent par divers sens et revêtent des formes et des intensités variées. Le désir de maintenir une communication avec un proche décédé est commun à un très grand nombre de personnes en deuil, mais ce facteur n'est pas à même d'expliquer la diversité des innombrables témoignages provenant d'individus ayant

« senti la présence » ou disant avoir reçu un « message mental » ou vécu l'un des nombreux types d'expériences d'après-mort.

Expérience de sortie hors du corps

C'est souvent la première étape d'une expérience de mort imminente (EMI), mais cette expérience peut également se produire sans qu'il y ait aucune atteinte physique. Là aussi, l'individu revient de sa « décorporation » avec des informations précises concernant des faits qui se sont déroulés loin de l'endroit où se trouvait son corps physique (Osis et McCormick, 1980 ; Monroe, 1996).

Rêve lucide

Dans ce type de rêve, l'individu prend conscience qu'il est en train de rêver, mais sans se réveiller complètement. Il a alors la possibilité de modifier plus ou moins le contenu de son rêve. Des praticiens ont développé plusieurs techniques permettant d'enseigner comment rêver tout en restant lucide. Les avantages thérapeutiques de cette aptitude vont de la possibilité de mettre fin à des cauchemars récurrents jusqu'à un travail personnel plus approfondi (Tholey, 1988, p. 267).

Les expériences extra-sensorielles (psi)

La télépathie est le plus courant des phénomènes « psi » étudiés par la parapsychologie scientifique. Comme la vision à distance, autrefois appelée « clairvoyance », ou la précognition, ces expériences constituent des perceptions extra-sensorielles (ESP pour : *Extra Sensory Perception*). Il s'agit de communications entre psychés ou des interactions esprit-matière qui ne passent pas par nos systèmes habituels de perception, de cognition ou d'action (Honorton, 1989 ; May, 1988 ; Puthoff et Targ, 1976 ; Rhine, 1966 ; Schlitz, 1997 ; Bernstein, 2005). Certaines personnes peuvent faire l'expérience de telles capacités de manière spontanée et ce dès leur enfance, d'autres les développent à l'âge adulte après avoir subi un choc physique ou émotionnel important.

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Exploration spirituelle induite

Occasionnellement, des individus cherchent à vivre des expériences transcendantales en modifiant l'état biochimique de leur organisme, ou par des mouvements du corps. Par exemple, des « voyages chamaniques » peuvent être initiés par une utilisation répétitive d'un tambour, de chants, ou par l'ingestion de substances psycho-actives telles que le breuvage amazonien *ayahuasca*, ou le champignon mexicain *peyotl*. Par ailleurs, des changements perceptifs, cognitifs et émotionnels de même qualité peuvent être déclenchés par la baisse de concentration de gaz carbonique dans le sang au moyen d'une respiration rapide et profonde (hyperventilation) pratiquée en écoutant des musiques évocatrices aptes à susciter un état de transe. Cette méthode créée par le psychiatre américain Stanislav Grof est appelée « respiration holotropique ».

Émergence psycho-spirituelle ou crise d'émergence spirituelle

Différentes formes de survenue sont décrites (vécu subjectif de vie antérieure, *peak experience* ou expérience mystique, éveil de la Kundalini, etc.) Soit l'individu peut, de manière inopinée, se retrouver dans un état « transcendantal » (par exemple entouré de lumière ressentie comme vivante, voire intelligente, et pas seulement une lumière physique) et rencontrer une ou plusieurs présences qui semblent lui communiquer des connaissances précises concernant, par exemple, un problème récurrent dans sa vie et la manière de le résoudre. Soit durant un état ordinaire de conscience, un individu aura la sensation physique répétée d'une chaleur montant le long de sa colonne vertébrale, parfois jusque dans la tête, accompagnée de spasmes musculaires (expérience connue en Inde sous le terme « d'éveil de la Kundalini »). Quelles que soient leurs formes, les émergences ou expériences psycho-spirituelles ont en commun de heurter le sentiment profond d'identité de l'individu et de sérieusement le questionner sur sa capacité à continuer à fonctionner dans la vie quotidienne comme il était habitué à le faire avant cette expérience. Quand elles ne sont pas accompagnées de signes cliniques patents de désordres pathologiques graves, la

prescription systématique de médicament peut alors faire au patient beaucoup plus de mal que de bien. En effet, une bonne appréciation du caractère d'« émergence/urgence » spirituelle et un soutien inconditionnel lors de la traversée de ce processus peuvent procurer à la personne, non seulement un apaisement, mais également lui permettre de sortir enrichie et renforcée d'une telle expérience (Grof et Grof 1996, Lukoff 2007).

Expériences de possession ou de hantise

La possession est l'impression qu'une « intentionnalité » inconnue ou extraordinaire parasite notre monde interne, tandis que la hantise serait la même impression mais pour une intentionnalité capable de parasiter notre monde externe. Les hantises sont des expériences universelles puisque rapportées par toutes sortes d'échantillons de population, dans tous les pays, dans toutes les classes sociales. Comme la possession, dans laquelle le sujet se vit sous l'emprise d'une entité ayant pris possession de son corps et de son esprit, cette entité, démon, diable, djinn, etc., est généralement porteuse d'intentions malveillantes, hostiles. Expérience rattachée, l'envoûtement, ou sort, serait l'intentionnalité d'un être humain de soumettre, voire le détruire, un autre être humain à l'aide d'un moyen porteur de puissance (formule rituelle, regard, objets, etc.).

QUELLES RÉPONSES THÉRAPEUTIQUES POUR LES PATIENTS QUI TRAVERSENT DES EXPÉRIENCES EXTRAORDINAIRES ?

La liste de « ce qui est réel », comme notre propre liste intérieure, n'inclut pas la plupart des expériences décrites ci-dessus. Un consensus social lourd génère une forme d'autocensure qui complique l'évocation publique de telles expériences. La personne qui subit l'une d'elle de manière inopinée — ou intentionnellement, mais avec des conséquences inattendues — peut être amenée à chercher l'aide d'un professionnel de santé. L'expérience clinique a démontré que les approches et méthodes présentées dans l'encadré suivant sont les plus bénéfiques aux expérienceurs.

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

1. Écouter sans jugement et sans préconception.
2. Construire une relation de confiance au sein de laquelle l'expérienceur peut se sentir en sécurité pour exprimer des émotions intenses.
3. Reconnaître les possibles conflits intérieurs — chez l'expérienceur, mais aussi chez le thérapeute.
4. Identifier, puis permettre à l'expérienceur de dépasser ses blocages psychiques.
5. S'ouvrir au potentiel « d'évolution de la personnalité » de l'expérience.
6. Permettre l'intégration par l'expérienceur dans sa vie quotidienne de la nouvelle vision du monde et de sa nouvelle perception de soi qui peuvent découler de l'expérience.
7. Offrir éventuellement à l'expérienceur la possibilité de rencontrer d'autres expérienceurs.

Nous allons brièvement développer chacun de ces points dans ce chapitre. Toutefois une discussion plus détaillée de chaque approche sera donnée dans les chapitres suivants. Tout au long du manuel, chaque type d'expérience extraordinaire est abordé, ainsi que ses conséquences sur l'individu, assortis des options thérapeutiques particulières qui ont démontré leur valeur pour la prise en charge de ce type d'expérience. Lorsque plusieurs méthodes ont été utilisées avec succès sur un type particulier d'expérience, elles seront toutes présentées dans le chapitre. Distinguer une véritable pathologie dans la structure d'un individu, d'un contenu simplement extra-ordinaire est une question tellement importante et trop souvent mal comprise que nous lui avons dédié un chapitre entier dans ce manuel (*cf.* chap. 2). L'objectif est d'aider le lecteur/soignant à entrevoir comment son propre savoir et ses qualifications vont pouvoir s'accorder avec chacune des options thérapeutiques envisagées.

Écouter sans jugement et sans préconception

Le fait qu'un expérienceur en recherche soit écouté avec bienveillance par un thérapeute est déjà un fait thérapeutique. Il est très probable que l'expérienceur n'ait encore jamais rencontré une

personne qui lui permette de raconter l'histoire de son expérience dans son ensemble, expérience qui peut l'avoir affecté de manière profonde. Des personnes sans formation particulière vont interrompre la personne, manifester un désaccord avec certaines parties de l'histoire, interrompre le récit s'il éveille des émotions désagréables, voire changer le sujet de la discussion en l'orientant vers des souvenirs personnels, etc. À l'inverse, un thérapeute compétent utilisera les outils professionnels qu'il aura développés, offrant une écoute sans jugement afin de soutenir et d'aider l'expérienceur à exprimer complètement son expérience, aussi loin qu'il puisse aller durant cette première session.

Une fois que le sujet a exprimé ce qu'il est à même de dire sur son expérience, en une ou plusieurs consultations, il peut ne plus ressentir le besoin d'une aide immédiate. Le thérapeute doit accepter cette décision, mais peut suggérer, voire même prescrire, un suivi s'il suspecte la probabilité d'une évolution psychopathologique problématique. Si l'expérienceur est ouvert à l'idée d'une consultation supplémentaire pour poursuivre le travail thérapeutique, le thérapeute peut alors interroger l'expérienceur sur d'autres aspects de sa vie, s'enquérir de son mode d'être au monde, dans l'optique d'établir un diagnostic le plus précis possible et d'identifier ce qui, dans la symptomatologie présentée, est ou n'est pas du registre de la pathologie psychiatrique (*cf.* chap. 2).

Construire une relation de confiance au sein de laquelle l'expérienceur peut se sentir en sécurité pour exprimer des émotions intenses

Pour le sujet il peut être embarrassant, voire même effrayant, de parler de ses expériences, spécialement à quelqu'un d'étranger, plus encore — dans le cadre d'une consultation — avec un thérapeute, dont il pourra craindre de se voir étiqueter comme un malade mental.

De manière inconsciente, mais parfois aussi consciemment, l'expérienceur teste naturellement la loyauté de l'écoute du thérapeute. Aussi, dès le départ de la relation, c'est au thérapeute de construire un espace d'écoute fiable qui inspire suffisamment confiance à l'expérienceur pour qu'il exprime sans crainte les détails de son

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

expérience. Pourtant, une fois que cet obstacle a été surmonté avec succès, un niveau de confiance plus profond encore doit être atteint pour que l'expérienceur se sente suffisamment en sécurité pour s'autoriser à éprouver à nouveau les émotions liées à l'expérience, qui peuvent être puissantes et qu'il aura peut-être réprimées. Un thérapeute décrit ce processus en parlant de passer de l'étape où l'on « exprime l'histoire » à celle où l'on « exprime l'énergie contenue dans l'histoire ». On peut rencontrer ici une grande variété d'émotions. Dans le cas de communion mystique, il peut y avoir des sanglots d'extase. Dans le cas d'une expérience de mort imminente effrayante, l'expérienceur peut ressentir de la colère, ou un profond désespoir pour avoir été « condamné » par un « destin injuste ». Il peut également voir sa peur de la mort augmenter de manière significative jusqu'à l'intégration de cette expérience traumatisante.

Quelles que soient les émotions exprimées, et indépendamment de leur intensité, le thérapeute ne doit jamais cesser d'être présent au « voyage » de l'expérienceur, et le cas échéant, fournir un cadre sûr dans lequel les émotions précédemment réprimées peuvent être libérées, pour que puissent être dépassés stress et confusion.

Reconnaître les possibles conflits intérieurs chez l'expérienceur, mais aussi chez le thérapeute

La libération du contenu complet de l'expérience génère souvent des pensées qui entrent en conflit avec la façon dont l'expérienceur concevait la vie auparavant (avant que ne se produisent ces expériences extraordinaires). Par exemple, une sortie hors du corps spontanée conduit généralement l'expérienceur à conclure que sa personne, son « moi » essentiel, n'est pas seulement son corps physique. Cela peut radicalement affecter sa vision de la vie et de la mort, et en conséquence son échelle de valeurs dans sa vie de tous les jours. Cette dés-identification du corps physique peut convertir un athée en une personne convaincue de l'existence de l'esprit — même si une partie d'elle-même préfère encore s'en tenir à sa philosophie athée antérieure. C'est le rôle du thérapeute de mettre en lumière ces conflits intérieurs, non pas d'y mettre fin en favorisant un choix ou un autre, mais vraiment en aidant son

patient à les élaborer, puis à les dépasser afin qu'il trouve lui-même sa propre résolution.

En outre, il arrive parfois que le contenu d'un récit fait en cours de thérapie réveille des conflits intérieurs chez le thérapeute lui-même.

> « La question concerne [...] l'attitude du clinicien envers ce qui est proprement *extra*ordinaire, soit ce qui vient mettre en question son rapport à la rationalité ambiante et aux catégories fondamentales qui ordonnent le monde, ainsi que sa conception de la psyché et sa pratique. La difficulté est ici d'ordre épistémologique autant que transférentiel. Il n'est aucunement anodin en effet, dans l'accueil et l'accompagnement des dires d'un sujet, de juger qu'ils sont inacceptables, irrecevables, car pas *concevables* dans le cadre des connaissances partagées par une communauté scientifique. Il l'est tout autant de *tout* accepter. Le problème est en fait celui d'un discernement éclairé, qui ne préjuge pas trop vite et ouvre sur un temps pour évaluer. Janet, Freud ou Jaspers, pour ne prendre que ces références, ont montré un tel discernement et suspension du jugement face à des phénomènes considérés par beaucoup comme extraordinaire » (Le Malefan, 2005, p. 514).

À titre d'exemple, un expérienceur a pu décrire les effets bénéfiques intenses ressentis après que sa mère récemment décédée lui est apparue (LaGrand, 1998) ainsi qu'à ses enfants, trois jours après les funérailles. Elle leur assura alors qu'elle ne souffrait plus de la douleur que lui provoquait son cancer, qu'elle avait terminé sa vie, et qu'elle avait maintenant retrouvé, heureuse, sa fille décédée encore enfant. L'expérienceur témoigne alors d'une résolution rapide de son deuil, et ne montre aucun autre signe de comportements ou d'émotions « anormaux ». Dans ce cas, de nombreux professionnels (Balk, 2007 ; Greyson, 2008, p. 13) soulignent qu'il n'est d'aucun bénéfice à la personne de lui contester, de rejeter, ou de dévaluer sa version de l'expérience.

Pour le thérapeute qui ne croit pas à la vie après la mort, ce genre de témoignage est difficile à entendre sans qu'immédiatement il ne soit tenté de l'étiqueter comme une « illusion collective », de « l'auto-persuasion », voire du délire. Il est important pour le thérapeute de ne pas changer l'interprétation du sujet, alors que vraisemblablement cette tentation est motivée par le conflit intérieur qu'il traverse lui-même.

Revenir de ce conflit intérieur à une position neutre plaçant le bien-être du sujet au centre de l'acte d'accompagnement sera bien

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

plus utile à tous les deux. S'il pressent qu'adopter cette attitude est trop difficile pour lui, son intégrité professionnelle doit le conduire à adresser son patient à un autre thérapeute plutôt que d'imposer sa propre vision quant au déroulement de la vie future de cette personne.

Identifier, puis permettre à l'expérienceur de dépasser ses blocages psychiques

Pour certains individus, l'ouverture d'esprit du thérapeute et la possibilité ainsi offerte d'exprimer un vaste échantillon de pensées et d'émotions engendrées par l'expérience, sont suffisantes pour atteindre une résolution satisfaisante. À ce stade, ils sont à l'aise avec leur expérience, ils ont pu l'intégrer dans leur vie et se sentent suffisamment en confiance avec, même si cette expérience n'a pas rejoint la liste officielle des « choses réelles ».

Par contre, si un expérienceur demeure perturbé par son expérience tout en ayant effectué plusieurs sessions au cours desquelles il s'est senti en sécurité, mais reste pourtant incapable d'accéder à la source de son trouble, malgré son désir d'y parvenir (ou pense que ce trouble interfère avec sa capacité à assumer ses responsabilités familiales et professionnelles), le thérapeute peut alors proposer plusieurs méthodes utilisées dans sa profession pour dénouer les blocages réprimés, notamment des techniques psychocorporelles. Même à ce stade, chacune de ces méthodes doit être proposée avec discernement et le thérapeute doit être prêt à répondre de manière appropriée au matériel psychocorporel pouvant être libéré.

S'ouvrir au potentiel « d'évolution de la personnalité » de l'expérience

La détresse et la confusion qu'un expérienceur peut montrer à un certain moment du processus thérapeutique, peuvent être paradoxalement le signe qu'une profonde et profitable transformation est accessible au patient. Par conséquent, plutôt qu'essayer trop vite de supprimer certains « symptômes », le thérapeute peut continuer à soutenir cette ouverture vers la personnalité profonde du sujet. Il doit bien entendu, et en premier lieu, informer la personne que

cette occasion se présente et lui offrir le choix d'aller plus loin ou non. Les incertitudes (dimension cognitive) ou les peurs (dimension émotionnelle) dont l'individu a récemment fait l'expérience sont vues comme une étape à travers laquelle le patient peut avancer, et ainsi permettre à d'autres potentialités d'émerger en lui : nouvelles capacités, sensibilité accrue, qui peuvent devenir familières, et qu'il peut apprendre à utiliser à son avantage dans la vie quotidienne, capacités dont il n'avait pas l'usage avant cette « crise » apparente.

En d'autres termes, la personnalité de l'individu est arrivée au seuil d'un cycle bien connu dans diverses traditions de psychothérapie sous le nom de « désintégration/réintégration » ou « dépression/percée » ou encore, pour employer une formule à la fois symbolique et poétique à laquelle on peut se référer dans certaines traditions spirituelles, « la mort/renaissance » (Lain, 1970 ; Lukoff, 2007 ; Grof, 1996). Une facette de la personnalité a été tellement remise en question par une expérience extraordinaire qu'elle ne fonctionne plus de manière adéquate chez le sujet. Une des visées de la thérapie serait l'obtention d'un lâcher-prise sur ses anciens objectifs, ses vieilles habitudes afin qu'un ensemble de possibilités plus complètes, souples et adaptées puissent émerger.

Nous sommes là, sans doute, au moment le plus profond et lourd de conséquences de tout le processus thérapeutique. Il doit en conséquence être manipulé avec sensibilité et compétence.

Permettre l'intégration par l'expérienceur dans sa vie quotidienne de sa nouvelle vision du monde

Même si le sujet traverse une telle transformation intérieure et est amené en conséquence à voir le monde et lui-même différemment, il reste nécessaire de connecter ces nouvelles sensations et perceptions à ce qui, en lui, est resté inchangé. Anciennes habitudes de pensées, réactions « réflexes » aux personnes et aux événements vont continuer à se manifester dans la vie quotidienne, ajoutées à cette nouvelle sensibilité et à ses nouvelles priorités. Apprendre à intégrer ce qui change en lui dans ses actions, dans les processus de décision, est bien souvent une entreprise de longue haleine qui peut être mieux maîtrisée, accessible et plus rapide si elle est guidée lors de sessions avec un thérapeute (et une thérapie) appropriés.

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Précisément parce que ces expériences extraordinaires ne sont pas incluses dans la liste des réalités acceptées, l'expérienceur a besoin d'apprendre à se comporter selon ses nouvelles priorités avec sa famille, ses amis, à son travail, et dans la société au sens large, qui n'adhèrent pas nécessairement à ces perspectives différentes. Le sujet peut constater un sérieux écart, une contradiction entre les différentes choses qu'il a apprises et ressent comme vraies à propos de la vie, et ce que sa culture au sens large ainsi que ses plus proches amis ou membres de sa famille considèrent comme étant en dehors des limites de la réalité. Le thérapeute peut être ici d'une grande assistance en invitant la personne à parler de ces difficultés « externes » lors de la thérapie, l'aidant à devenir conscient de la détresse que cela fait naître en elle, et lui offrant la possibilité de choisir la manière la plus pragmatique de répondre à ces contradictions dans sa vie quotidienne. Ainsi, l'individu peut choisir, soit de laisser ces contradictions émerger au grand jour et se transformer en conflit avec les autres, soit de vivre sans renier cette nouvelle réalité émergeante et personnelle, tout en acceptant que la majorité des gens avec lesquels il entre en contact se comportent selon une vision du monde différente de la sienne.

Cependant, pour son propre équilibre, la personne peut être invitée à trouver et inclure dans sa vie un certain nombre de personnes qui ne sont pas dérangées par ses nouvelles visions du monde, valeurs, et priorités. Elle peut également ressentir le besoin d'un changement d'orientation professionnelle afin qu'elle corresponde d'avantage à sa nouvelle échelle de valeur. Prendre sa vie en main dans cette nouvelle direction, tant au travail que dans sa vie personnelle, peut être plus aisé en poursuivant une thérapie durant la période où ces changements sont engagés ; ainsi, les prémisses de ces changements peuvent être discutées, « préparées » à l'intérieur d'une relation thérapeutique.

Offrir éventuellement à l'expérienceur la possibilité de rencontrer d'autres expérienceurs

Dans le cadre de ce processus de réintégration, il est apparu utile parfois pour le thérapeute de présenter les uns aux autres des individus ayant traversé le même type d'expériences extraordinaires.

Les personnes ayant fait des expériences de mort imminente par exemple, même si elles ont des personnalités, des tempéraments ou des niveaux de vie très différents, trouvent rassurant de se retrouver entre elles, dans la mesure où elles peuvent interagir avec d'autres personnes ayant ressenti les mêmes profonds changements d'identité et de perspective sur la vie. Le fossé existant entre l'expérienceur et la société n'existe pas entre deux expérienceurs ayant vécu le même type d'expérience. Une forme de distance due à l'autorité qu'elles peuvent ressentir avec leur thérapeute, disparaît également, en même temps que la pression éventuelle de la thérapie en cours, ou encore celui de l'auto-censure. Au-delà des rencontres d'expérienceurs deux par deux, le thérapeute peut superviser des groupes de rencontres qui permettent aux expérienceurs d'apprendre les uns des autres afin d'avoir plus d'estime pour eux-mêmes. Dans ce cadre, le groupe a pour vocation d'être un groupe de soutien et non un groupe de thérapie — l'intensité de la libération émotionnelle qui est visée dans une thérapie individuelle n'est pas ici l'objectif — parce que les sujets ne sont ici pas seuls avec le thérapeute, et que les interactions dans ce genre de groupe ne sont pas censées être aussi conflictuelles que ce qui est autorisé dans certains types de thérapie de groupe.

Il convient maintenant de déterminer quelle peut être la part éventuelle de la maladie mentale dans l'expérience extraordinaire car ces expériences peuvent être vécues par des gens mentalement sains, mais elles sont également susceptibles de survenir chez des personnes souffrant de pathologie mentale. C'est l'objet du chapitre suivant.

BIBLIOGRAPHIE

ALLIX S. (2006). *Extra-terrestres : l'enquête*, Paris, Albin Michel.

BALK D. (éd.) (2007). *Handbook of Thanatology*, New York, Routledge.

BEISCHEL J., SCHWARTZ G.E. (2007) « Anomalous Information Reception by Research Mediums Demonstrated Using a Novel Triple-Blind Protocol », *EXPLORE,* janv./fév., vol. 3, n° 1, 23-27. *http://www.windbridge.org/papers/ BeischelEXPLORE2007vol3.pdf.*

BERNSTEIN P. (2005). « Intuition : What Science Says (So Far) About How et Why Intuition Works », in Buccheri R. *et al.* (éd.) *Endophysics, Time, Quantum and the Subjective*, Londres, World Scientific Publishing, p. 487-506. Sur internet *http://www.paulbernstein.info/intuition.pdf.*

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

BIERMAN D., RADIN D. (1997). « Anomalous anticipatory response on randomized future conditions », *Perceptual and Motor Skills*, 84, 689-690. Décrit en français avec des autres articles sur ce sujet : BIERMAN D., RADIN D. (2001). « Réponses émotionnelles inconscientes anormales : Preuve d'une inversion de la flèche du temps ? ». Sur internet à *http://www.metapsychique.org/Reponses-emotionnelles.html.*

BIERMAN D., SCHOLTE H.S. (2002). « An fMRI Brain Imaging Study of Presentiment », *Journal of the International Society of Life Information Science*, 20, p. 380-388.

BIOT J.-B. (1803). *Relation d'un voyage fait dans le département de l'Orne, pour constater la réalité d'un météore observé à L'Aigle*, Paris, Imprimeur de l'Institut national.

CALLANAN M., KELLEY P. (1993). *Final Gifts : Understanding the Special Awareness, Needs, and Communications of the Dying*, New York, Bantam Books.

ELSAESSER-VALARINO E. (1999). *D'une vie à l'autre. Des scientifiques explorent le phénomène des expériences de mort imminente*, Paris, Dervy.

GREYSON B. (2008). « Le plus important est de savoir garder l'esprit ouvert », *INREES le Magazine,* vol. 1, n° 1 (automne), p. 6-16.

GROF C., GROF S. (1996) *À la recherche de soi*, Paris, Le Rocher.

HONORTON CH., FERRARI D. (1989). « Future-telling : A meta-analysis of forced-choice precognition experiments, 1935-1987 », *Journal of Parapsychology*, 53, p. 281-308

JOURDIN J.-P. (2007). *Deadline Dernière limite : EMI : Une énigme pour la science*, Paris, Les Trois Orangers.

KUHN T.-S. (2006). *La Structure des révolutions scientifiques,* Paris, Flammarion.

LAGRAND L. (1998). *After Death Communication : Final Farewells*, Woodbury (MN), Llewellyn Worldwide.

LAING R.D. (1970). *Le Moi divisé*, Paris, Stock.

LE MALÉFAN P. (2005). « La "sortie hors du corps" est-elle pensable par nos modèles cliniques et psychopathologiques ?", *L'Évolution psychiatrique*, 70, p. 513-534.

LUKOFF D. (2007). « Visionary Spiritual Experiences », *Southern Medical Journal*, vol. 100, n° 6.

MACK J.E. (1995). *Dossier extraterrestres*, Paris, Relié.

MACK J.E. (2002). *Passport to the Cosmos : Human Transformation and Alien Encounters*, New York, Crown Publishers.

MAY E. *et al.* (1988). *Review of the Psychoenergetic Research Conducted at SRI International 1973-1988*, Palo Alto (CA), SRI International.

MERCIER E.-S. (éd.) (1992). *La Mort transfigurée. Recherches sur les expériences vécues aux approches de la mort*, Paris, L'Âge du Verseau.

MONROE R.A. (1996). *Le Voyage hors du corps*, Paris, Le Rocher.

MOURA G. (1996). *Transformadores de Consciencia : UFO - Contacto Alienígena,* Rio de Janeiro.

OSIS K., HARALDSSON E. (1977). *At the Hour of Death*, New York, Avon Books.

OSIS K., MCCORMICK D. (1980). « Kinetic Effects at the Ostensible Location of an Out of Body Projection During Perceptual Testing », *Journal of the American Society for Psychical Research*, 74, p. 319-329.

PRITCHARD A. *et al.* (1995). *Alien Discussions : Proceedings of the Abduction Study Conference Held at the Massachusetts Institute of Technology*, Cambridge (MA), North Cambridge Press.

PUTHOFF H., TARG R. (1976). « A perceptual channel for information transfer over kilometer distances », *Proceedings of the Institute of Electrical and Electronic Engineering*, 64, p. 345-346.

RHINE J. *et al.* (1966). *ESP After Sixty Years*, Boston, B. Humphries, p. 95-105.

RING K. (2008). *Sur la frontière de la vie*, Paris, Alphee.

SABOM M. (1992). *Souvenirs de la mort : une investigation médicale*, Paris, Robert Laffont, p. 111-113.

SCHLITZ M., BRAUDE W. (1997). « Distant intentionality and healing : Assessing the evidence », *Alternative Therapies*, 3, p. 62-73.

SCHWARTZ G. (2006). *Extraordinaires contacts avec l'au-delà*, Paris, Labussière.

THOLEY P. (1988). « A Model of Lucidity Training as a Means of Self-Healing and Psychological Growth », in J. Gackenbach et S. LaBerge (éd.), *Conscious Mind, Sleeping Brain*, New York, Plenum.

2

PSYCHOPATHOLOGIE

Paul Bernstein[1]

NOUS ALLONS, dans ce chapitre, déterminer quelle peut être la part éventuelle de la maladie mentale dans l'expérience extraordinaire. Nous verrons que cette expérience peut être vécue par des gens mentalement sains, mais qu'elle peut aussi survenir chez des gens souffrant de pathologie mentale ; et il arrive parfois qu'elle engendre des difficultés.

Nous allons définir un certain nombre de critères permettant de faire la part des choses. L'évaluation se fera à la fois sur le comportement, dans le dialogue avec la personne, et par l'intermédiaire d'examens médicaux et de tests psychologiques. On ne peut s'en tenir à des jugements superficiels, et une évaluation soigneuse et honnête doit avoir lieu.

Le terme « pathologie » désigne la maladie et son étude, celui de « psychopathologie » se réfère à l'étude de la maladie mentale.

Lorsque l'on tente de déterminer si une personne souffre de maladie mentale, deux critères sont en général utilisés :

- la personne est-elle capable de *fonctionner normalement* ? peut-elle prendre soin d'elle-même ? de sa famille ? etc. ;
- son comportement semble-t-il *normal* ?

1. Texte revu et annoté par Patrick Baudin, docteur en médecine et psychothérapeute ; Bernadette Blin, psychologue ; Marie Brisson, psychanalyste ; Olivier Chambon, psychiatre ; Roberta L. Colasanti, psychothérapeute ; Isabelle De Kochko, psychologue ; Agnès Delevingne, psychologue ; Geneviève Fribourg-Blanc, psychiatre et psychothérapeute ; Dr David Lukoff, psychologue.; Paul-Louis Rabeyron, psychiatre ; Dr Jeffrey D. Rediger, psychiatre ; Carnita Sabater, psychologue ; Djohar Si Ahmed, docteur en psychologie, psychanalyste ; Serge Tribolet, psychiatre.

Ce deuxième point, la « normalité », peut créer une confusion avec le phénomène des expériences extraordinaires. Précisément parce que ces expériences sont considérées comme *extra-ordinaires*, c'est-à-dire *en dehors* de l'ordinaire, les individus qui les vivent ne seront pas spontanément considérés comme normaux.

Citons par exemple le cas d'une personne arrivée aux urgences dans le coma après un accident de voiture, qui, après réanimation, dit à l'équipe médicale avoir vu son propre corps transporté à l'hôpital alors qu'elle flottait au-dessus de l'ambulance. Ensuite, elle décrit correctement les vêtements des personnes qui attendaient dans le couloir jouxtant la salle de réanimation (elle ne les connaissait pas et ne les avait jamais vues auparavant). Une telle expérience n'est pas communément considérée comme normale mais plutôt comme extraordinaire.

En outre, si cette personne rapporte que, durant toute la période où elle se trouvait en état de mort clinique, elle était accompagnée par son grand-père décédé depuis de nombreuses années, ce grand-père lui disant qu'elle allait survivre à son accident, alors elle pourra facilement être l'objet de diagnostics psychiatriques. On considérera cette personne *a minima* comme souffrant d'hallucinations.

Cependant, si certains détails du témoignage de cette personne peuvent être vérifiés, comme la description des vêtements des gens dans le couloir, alors nous violerions les règles d'une bonne pratique de la médecine si nous nous obstinions à maintenir notre diagnostic de trouble mental sans rechercher au préalable d'autres informations pertinentes sur cette personne, comme son historique psychologique et médical, son fonctionnement général actuel dans la vie quotidienne (notamment au travail, dans ses relations sociales et dans son hygiène de vie). Si tous ces critères montrent qu'elle est dans l'ensemble mentalement saine, alors on est légitimement en droit de s'interroger, à l'instar du docteur Bruce Greyson, psychiatre, professeur à l'université de Virginie et expert sur le sujet des « expériences de mort imminente » :

> « Je pense qu'il faut être très prudent lorsqu'on prétend pouvoir dire si quelque chose est impossible ou pas. Nous découvrons que des choses que l'on estimait impossible autrefois ne le sont plus forcément aujourd'hui [...]
>
> Il est souvent difficile de différencier entre des expériences pathologiques et celles qui sont normales mais peu communes. Je pense qu'il faut observer

> comment la personne en est affectée [...] Si en conséquence de cette expérience elle a du mal à fonctionner normalement, alors il faut se dire qu'il y a quelque chose de pathologique qui doit être traité. Mais si cette expérience aide en quelque sorte la personne, si elle se sent mieux et ne souhaite pas s'en défaire, on peut légitimement se poser la question de savoir s'il s'agit d'une expérience normale qui dépasserait la compréhension du thérapeute, mais pas forcément celle du patient » (Greyson, 2008).

Nous devons nous garder, que nous soyons ou non des professionnels de santé, d'étiqueter parfois comme *pathologiques* des comportements qui sortent de l'ordinaire, mais qui en réalité ne correspondent à aucune maladie mentale. Ces erreurs de diagnostic peuvent se produire en particulier quand l'évaluation d'une possible pathologie est faite de manière trop *superficielle* et rapide.

Par exemple, le cas des psychoses dites « paraphréniques » illustre bien le parti pris possible des cliniciens de classer tout récit d'expérience extraordinaire comme relevant d'une pathologie mentale sévère. Cette entité nosographique provient de la classification du psychiatre allemand Kraepelin, au XIX^{e} siècle, qui a longtemps été utilisée par les psychiatres européens, mais n'est pas reprise dans la classification américaine DSM-IV ou dans la Classification internationale des maladies (CIM). Les formes dites « confabulantes » et « fantastiques » y sont particulièrement difficiles à différencier de récits de personnes ayant vécu des expériences extraordinaires.

La paraphrénie est caractérisée par :

- l'existence d'un grand délire juxtaposé à la réalité. Le délirant garde longtemps intacte et disponible une image relativement saine de sa personnalité. Il peut prendre à l'égard de son délire une certaine distance. Il en reste le maître, ce qui lui laisse une certaine latitude d'adaptation à la vie sociale ;
- la grande fréquence des thèmes empruntés aux mythes infantiles et aux mythes archaïques universels, avec une prédilection pour les choses fabuleuses et surnaturelles ;
- la prédominance du langage sur l'action. Souvent, le paraphrène est riche d'expression verbale et graphique. Son langage écrit est encore plus perturbé que son langage parlé. Il fait appel au symbolisme des mots, des nombres, des couleurs, à la concrétisation des idées et des sentiments ;

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

- la longue persistance de l'intégrité des fonctions intellectuelles et de l'affectivité.

L'évolution vers la dissociation schizophrénique ou la détérioration mentale n'intervient pratiquement pas. La paraphrénie est une maladie chronique qui accompagnera l'individu toute sa vie, marquée par des phases calmes et des phases d'enrichissement avec exacerbation délirante. Cependant, la vie est en général peu atteinte et le handicap social demeure minime, ce qui explique la très faible demande de soins des malades ou de leur entourage. Le faible retentissement de la maladie ne justifie pas, la plupart du temps, de traitement spécifique.

On voit comme il peut être facile, avec un préjugé particulier, de traiter de « paraphrène » une personne saine parlant simplement de ses expériences extraordinaires. Heureusement, on verra plus bas qu'un diagnostic différentiel peut être obtenu en observant comment la personne se situe par rapport à l'expérience extraordinaire.

EFFECTUER UNE ÉVALUATION EN PROFONDEUR

Nous voyons que nous renforçons le risque d'une évaluation superficielle si nous restons axés sur l'étrangeté du témoignage de la personne. En qualité de professionnel de santé et avant de tirer des conclusions hâtives, notre sensibilité et notre expérience vont nous aider à parcourir les étapes suivantes si le récit initial de la personne nous semble étrange.

La première étape porte sur l'entretien clinique dont l'objet est d'obtenir un historique médical et personnel complet afin d'évaluer si des états antérieurs peuvent conditionner l'état actuel du patient. L'entretien s'intéresse à l'histoire personnelle (cette histoire inclura le temps de l'éducation familiale, scolaire, de la vie de couple et de la vie professionnelle). On s'attardera à préciser les traumatismes et l'avis du patient sur la qualité du traitement de ces traumas, dans le cas où ils auraient été traités. Les maladies antérieures, physiques ou psychiques et la manière dont elles ont été traitées. On tiendra compte du contexte culturel : le *Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux*, DSM met en garde :

> « Un clinicien qui n'est pas habitué aux nuances de la structure culturelle de référence d'un individu peut, à tort, considérer comme psychopathologique des variations normales du comportement, des croyances ou de l'expérience propres à la culture d'un individu. Par exemple, certaines croyances ou pratiques religieuses (par exemple, entendre ou voir, au cours du deuil, un proche décédé) risqueraient d'être prises à tort comme des manifestations d'un Trouble psychotique. Appliquer les critères des Troubles de la personnalité aux différentes cultures peut être spécialement difficile dans la mesure où il existe de grandes variations culturelles dans les concepts du moi, les styles de communication, et les mécanismes d'adaptation » (DSM-IV-TR., 2003, p. XXXVIII).

Devant certains types de comportements inhabituels pouvant laisser suspecter une origine physiologique, des examens de routine habituellement pratiqués lors d'un *bilan de santé complet*, incluant bilan cardio-vasculaire, bilan des traitements en cours (l'expérience inhabituelle de la personne pourrait-elle être due à des effets secondaires de médicaments ?) peuvent être nécessaires. Ils peuvent conduire à des examens physiques plus poussés, ou des examens neurologiques par exemple. Citons à titre indicatif, comme cas pouvant laisser suspecter une cause organique, ceux dans lesquels on remarquera une prédominance d'hallucinations visuelles, une sémiologie délirante de type onirique, ou encore, par exemple, lorsque la façon dont les phénomènes hallucinatoires décrits témoignent d'une désorientation spatio-temporelle, etc.

Évaluation du rapport de la personne au monde environnant et à son expérience

Corrélativement l'attention se porte sur l'évaluation du rapport de la personne au monde environnant et à son expérience.

Observer la relation de la personne avec les professionnels de la santé

La psychothérapeute Emma Bragdon (qui a formé de nombreux professionnels à la prise en charge des personnes ayant vécu une expérience extraordinaire) propose trois catégories de comportement particulièrement révélatrices (Bragdon, 1993, p. 87) :

a) la personne est-elle *coopérative* ?

b) son comportement est-il *socialement approprié* (par exemple, dans le contrôle de ses réactions et pulsions) ?

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

c) est-elle *flexible* ou *rigide* dans ses réponses aux questions du professionnel de santé ?

Bragdon observe que les personnes qui ne se montrent ni coopératives, ni souples, ni sensibles aux normes sociales lors des premières séances avec le professionnel de santé, montrent des troubles significatifs qui peuvent être soulagés par un traitement médical même si ces personnes ont, en plus, vécu une expérience extraordinaire.

Roberta Colasanti, directrice clinique du Programme de recherche sur les expériences extraordinaires (*Program for Extraordinary Experience Research*) à Cambridge (USA) recommande en plus de prendre en compte *l'humeur générale* de l'individu pendant l'entretien (Colasanti, 1998) :

a) comment *la personne* définit-elle son humeur : énergique ? fatiguée ? déprimée ? angoissée ? etc. ;

b) comment *le clinicien* qualifie-t-il l'humeur de la personne : agitée ? renfermée ? maniaque ? inquiète ? enthousiaste ? rapidement changeante ? etc. ;

c) le cas échéant, prendre note de la *différence* entre l'autodescription du patient et les observations du clinicien.

Observer attentivement le processus de pensée de la personne

Roberta Colasanti juge les aspects suivants du comportement de la personne particulièrement significatifs :

a) le raisonnement est-il rapide ou lent ?

b) est-il continu ou fragmenté ?

c) dans quelle mesure est-il abstrait et combien de fois est-il concret ?

d) la personne se concentre-t-elle facilement ou avec difficulté ?

e) peut-elle se souvenir de toutes les périodes de sa vie : l'enfance, l'adolescence, l'âge adulte, l'année dernière, les jours derniers ? ou a-t-elle des trous de mémoire ?

Observer comment la personne se situe par rapport à l'expérience extraordinaire

1. *Observe*-t-elle l'expérience avec une distance objective ou y est-elle complètement impliquée ?

Par exemple, le psychiatre de Harvard John Mack qui s'était engagé dans l'étude d'un phénomène qui représente probablement l'un des plus grands défis pour les professionnels de santé, était très intrigué quand plusieurs patients lui ont décrit des rencontres répétées avec ce qu'ils estimaient être des êtres extraterrestres. Ils insistaient eux-mêmes sur le fait que de telles rencontres étaient tout à fait improbables et ils attendaient de Mack des explications plausibles. Mack résume leur comportement :

> « Le fait qu'ils doutent d'eux-mêmes de façon appropriée, qu'ils aient une attitude critique, soient conscients de la manière dont moi-même ou qui que ce soit d'autre, allait recevoir de tels récits [...] m'a convaincu [...] que quelque chose d'étrange leur était effectivement arrivé. Ils n'essayaient pas — comme les personnes qui sont victimes d'illusion — de me convaincre de quoi que ce soit » (Mack, p. 28).

De la même façon, le psychiatre Stanislav Grof conseille aux cliniciens de s'appuyer sur leur longue expérience avec un large éventail de patients pour faire la différence entre les nouveaux patients qui se servent d'une projection paranoïaque pour proclamer : « Il n'y a rien qui cloche chez moi, c'est la faute de mon voisin » et ceux qui « vous parlent d'expériences étranges avec un langage articulé et cohérent » (Grof, 2008).

2. La personne *s'identifie-t-elle outre mesure* avec l'expérience et l'utilise-t-elle pour se donner de l'importance ? Si elle a besoin de se donner de l'importance, c'est une indication qu'elle se sent déficiente et qu'elle essaie de compenser ce déficit en racontant une expérience inhabituelle. (Même si la personne a réellement vécu cette expérience, le thérapeute sait qu'il sera plus bénéfique pour la personne de l'aider à travailler sur ce déficit de confiance en soi plutôt que de se limiter uniquement au souvenir de l'expérience extraordinaire.)

4. La personne présente-t-elle le souvenir de son expérience *avec une émotion appropriée ?* Donne-t-elle par exemple des signes d'une réelle frayeur quand elle raconte les passages effrayants de

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

l'expérience ? Cherche-t-elle désespérément ses mots quand elle essaie de décrire les moments ou des ressentis ineffables ? Une expérience extraordinaire génère généralement des émotions *intenses*, le fait que quelqu'un la raconte avec une voix monotone ou sur un ton joyeux pour en décrire les parties terrifiantes peut indiquer un problème mental ou même signifier qu'elle l'a entièrement inventée (Rediger, 2008). Il faudrait toutefois tenir compte du nombre de fois où la personne a raconté son histoire : de nombreuses évocations antérieures peuvent affaiblir la charge émotionnelle liée à l'expérience. D'autre part, des personnes traumatisées (victimes de viol par exemple) peuvent rapporter les faits de façon monocorde. Sans doute justement pour éviter une reviviscence affective.

5. Avec quelle *précision* la personne se souvient-elle de l'expérience ? Fournit-elle de nombreux détails ou seulement quelques-uns ? La personne est-elle ferme sur ces détails ou incertaine, en modifiant même quelques-uns pendant l'entretien ? Il est bon de rester vigilant sur le fait que le caractère traumatique de l'expérience peut avoir une influence sur la remémoration.

6. La personne vise-t-elle à tirer avantage de cette expérience ? Si la personne gagne de l'argent, soit avec des dons psychiques, de médiumnité ou de guérison nouvellement développés, soit avec des conférences publiques ou des formations dispensées peu de temps après l'expérience, on peut se demander légitimement dans quelle mesure la personne sera tentée d'embellir son expérience et, en conséquence, quelle en est la part de l'expérience qui s'est réellement produite.

Se renseigner sur la façon dont la personne se comporte dans la vie quotidienne

Il s'agit de savoir comment la personne se comporte avec les personnes de son entourage dans sa vie de tous les jours, si possible en le leur demandant directement. Le psychiatre John Mack conseille :

> « Prenez en considération ce que les membres de la famille, les collègues et les amis disent de la personne. Est-elle par exemple sujette à l'auto-dramatisation, à une imagination exagérée, ou carrément au mensonge ? » (Mack, 2005, p. 28).

Les outils d'évaluation

Ils peuvent venir étayer le profil global de la personne qui se dégage des entretiens.

En tenant compte de tous les éléments énumérés, le clinicien peut organiser ses résultats en un profil global de la personne. Pour ce faire, il peut s'appuyer sur l'*Échelle d'évaluation globale de fonctionnement* (Am. Psych. Assoc., 2003). Cette échelle permet de combiner les observations effectuées sur le fonctionnement de la personne dans les domaines susmentionnés du travail, des relations familiales, de la communication interpersonnelle et de l'hygiène de vie, permettant de classer l'individu sur une échelle partant du plus sain :

> **100** = « Niveau supérieur de fonctionnement dans une grande variété d'activités : n'est jamais débordé par les problèmes rencontrés ; est recherché par autrui en raison de ses nombreuses qualités. »

jusqu'au moins sain :

> **10** = « Danger persistent d'auto-agression grave, et/ou d'agression envers autrui ».

Entre ces deux extrêmes de l'*Échelle d'évaluation globale de fonctionnement* se situent des degrés de fonctionnement plus ou moins altérés tels que :

> **70** = « [a] une certaine difficulté dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (par exemple, école buissonnière, ou vol à la maison) mais [...] entretient plusieurs relations interpersonnelles positives. »

ou :

> **30** = « Incapable de fonctionner dans presque tous les domaines (par exemple, reste au lit toute la journée, pas de travail, de foyer ou d'amis) » (Amer. Psychiat. Assoc., p. 41).

Utilisation d'échelles d'évaluation additionnelles

Les psychologues cliniciens connaissent probablement quelques-uns des instruments suivants (encadré ci-dessous) qui sont utilisés souvent pour la recherche et parfois également en thérapie.

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Échelles d'évaluation

- *Dissociative Experiences Scale* (Bernstein, 1986, 1993).
- *Bell Object Relations & Reality Testing Inventory* (Bell, 1983, 1992).
- *Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality* (Clark, 1993).
- *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (Tellegen *et al.*, 2003).

Quelle que soit l'utilité *potentielle* de ces instruments pour le diagnostic des expériences extraordinaires, ils peuvent devenir problématiques si certaines de leurs composantes définissent systématiquement des éléments d'expériences extraordinaires comme indication d'une maladie mentale. Par ce fait, ils ne permettent pas de mesurer le fonctionnement mental de l'individu *indépendamment* de l'expérience extraordinaire — et le clinicien doute alors de leur valeur.

CAS D'EXPÉRIENCES EXTRAORDINAIRES AVEC OU SANS PSYCHOPATHOLOGIE

En utilisant l'*Échelle d'évaluation globale de fonctionnement*, le professionnel de la santé pourra sans doute situer son patient dans l'une des quatre catégories présentées dans le tableau 2.1.

Il n'est pas surprenant qu'il s'avère difficile de distinguer la catégorie « B » de la catégorie « C » (qui concerne les individus qui ont *à la fois* une expérience extraordinaire et une pathologie mentale évidente), à moins que la chronologie des événements ait pu être établie clairement lors du récit du cas, permettant au thérapeute de définir si c'est la détresse mentale ou l'expérience extraordinaire qui est venue en premier.

On peut imaginer que la catégorie « D » puisse aussi poser initialement des problèmes au professionnel de la santé, mais, comme les chapitres suivants le démontrent, il n'est pas si difficile pour le thérapeute expérimenté de reconnaître des désordres mentaux accompagnant un récit qui ressemble à une expérience extraordinaire *en particulier*, car la paranoïa, les incohérences et les émotions inappropriées ressortent plus fortement que le contenu du récit lui-même.

Tableau 2.1.

A vécu une expérience extraordinaire	Souffre d'une pathologie	Catégorie
Oui	Non	A
Oui	Oui — et préexistante	B
Oui	Seulement par la suite	C
Non	Oui	D

Catégorie A : La personne a vécu une expérience extraordinaire mais ne souffre d'aucun trouble psychopathologique significatif.
Catégorie B : La personne souffrait auparavant de *troubles légers*, puis a vécu une expérience extraordinaire qui n'était pas générée par ces troubles psychopathologiques.
Catégorie C : La personne n'a *jamais* souffert d'aucun trouble psychopathologique, puis a vécu une expérience extraordinaire à la suite de laquelle elle souffre d'un déclin ou d'un désordre mental ou émotionnel.
Catégorie D : La personne souffrait auparavant de *troubles psychopathologiques légers* et projette maintenant à partir de cette détresse le récit d'un événement qui ressemble à une expérience extraordinaire mais qui comprend également des caractéristiques d'un désordre interne significatif.

Si un trouble psychopathologique et une expérience extraordinaire sont rencontrés *à la fois* chez la même personne, (catégories « B » et « C »), il est sage de traiter les deux :

- dans les cas urgents de ce type de situation, les thérapeutes prennent en premier les mesures nécessaires pour assurer la sécurité des patients, comme expliqué en détail par exemple dans le chapitre 9 traitant des cas « d'urgence spirituelle ». Assurer la sécurité des patients équivaut à identifier les tâches quotidiennes que le patient ne peut assumer tout seul de manière adéquate et également à veiller à ce que d'autres le fassent pour lui le temps nécessaire. Une hospitalisation temporaire ou un suivi à domicile peuvent même s'avérer nécessaires ;
- quand le patient se sent en sécurité et s'il souhaite aborder le contenu de son expérience extraordinaire avec son thérapeute,

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

cette partie du traitement peut alors commencer (Lukoff, 2007 ; Lukoff, 1996) ;

- par contre, si le patient est vraiment victime d'hallucinations (de nouveau, le caractère confus des hallucinations sera évident par opposition au caractère cohérent des expériences transcendantales), alors les thérapeutes ne doivent pas encourager les patients à s'étendre sur ces expériences (Harris, Greyson, p. 205 ; Colasanti, 2008) ;
- les traitements spécifiques seront exposés dans les chapitres suivants, dans les sections Réponses thérapeutiques.

Même si la personne ne souffre d'aucune pathologie, elle peut se plaindre d'un état de détresse continu et demander de l'aide. Ces nécessités d'attention clinique sont également traitées en détail dans les sections « Réponses thérapeutiques » de chacun des chapitres suivants.

BON SENS ET EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE

Si l'on traite des patients psychotiques, on peut s'appuyer sur son expérience pour faire la différence entre expérience extraordinaire et symptôme psychotique.

- On a l'expérience de la présentation bien particulière du patient psychotique, de ce qui se dégage de lui dans sa façon de parler, de réagir, ou de penser : on observe en quoi une personne ayant juste vécu une expérience extraordinaire est différente...
- Les patients psychotiques souffrent rarement d'hallucinations visuelles complexes, ils se plaignent bien plus de voix qui les persécutent ou font des interprétations effrayantes de la réalité.
- L'expérience psychotique est une expérience solitaire : elle ne vient pas enrichir une cosmogonie ou une mythologie appartenant au groupe social du sujet.
- C'est une expérience qui isole : il n'y a jamais eu de groupe de parole ou d'échange spontanément mis en place par des psychotiques.
- Dans la psychose, le sujet ne peut rien faire de constructif à partir de ces expériences, elles n'apprennent rien sur soi.

- Les hallucinations sont répétitives, disent toujours la même chose et n'évoluent pas ou très peu.
- Il sera certainement plus difficile d'identifier une exagération ou une exploitation mythomaniaque à visée narcissique d'une expérience extraordinaire qui s'est réellement déroulée, que de diagnostiquer un délire mégalomaniaque.

Le tableau 2.2 propose un résumé préalable des sections « Psychopathologie », indiquant quelques pathologies qui avaient, dans le passé, été confondues avec un type d'expérience extraordinaire particulier décrit dans les chapitres correspondants (colonne du milieu) et quelques exemples de pathologies ou difficultés psychologiques que chaque type d'expérience extraordinaire peut déclencher (colonne de droite).

On pourrait apporter quelques nuances à cette présentation. En effet, il existe une sorte de continuum entre la maladie et la santé. Dans des conditions paisibles d'existence, chez les personnes qui ne souffrent pas de blessure particulière, le psychisme humain va fonctionner de manière équilibrée, ou, disons, adaptée. Que survienne un traumatisme léger, il y aura une légère déstabilisation, puis un retour à l'équilibre ; avec un traumatisme plus intense, des couches, ou structures plus profondes vont être ébranlées, ce qui perturbera davantage l'équilibre ; jusqu'à un traumatisme catastrophique qui fera voler la personnalité en éclats (effondrement mélancolique, délire, par exemple). Une personne qui n'a jamais manifesté de troubles psychologiques n'est pas nécessairement une personne équilibrée... Seule la vie pourra en faire la preuve. Il faut donc compter sur le temps et la preuve vient *a posteriori*.

Par ailleurs, au sein même des personnalités pathologiques, persistent des « îlots de santé ». C'est d'ailleurs grâce à eux que l'individu peut recouvrer la santé avec l'aide de thérapeutes qui vont l'aider à les renforcer, les développer, et à s'appuyer dessus. Il resterait donc, si l'expérience extraordinaire survient sur une personnalité considérée comme pathologique, à déterminer si elle est vécue au sein de la « partie saine » ou de la « partie pathologique » ; et quelles interactions ont lieu entre ces deux parties. Cela rend la question plus complexe...

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Tableau 2.2. Résumé des sections « Psychopathologie » de l'ouvrage.

	Expérience extraordinaire	**Quelquefois confondue avec cette pathologie**	**Exemples de pathologies réelles ou difficultés que cette expérience extraordinaire[1] peut parfois déclencher[2]**
Chap. 3	Expérience de mort imminente EMI/NDE.	Désordre dissociatif (inclut peut-être la dépersonnalisation), Autoscopie.	Stress post-traumatique, dépression, désintérêt pour la vie terrestre, difficultés à vivre.
Chap. 4	Conscience accrue à l'approche de la mort.	Psychose hallucinatoire, Démence.	Bouffées délirantes.
Chap. 5	Communication après la mort.	Deuil morbide, Psychose.	Confusion, troubles anxieux, angoisse, dépression réactionnelle.
Chap. 6	Expérience hors du corps.	Désordre dissociatif (inclut peut-être la dépersonnalisation), Schizotypie, Désordre des limites du corps (*Body-Boundary Disorder*), Autoscopie.	Angoisse due à la difficulté d'intégrer l'expérience.
Chap. 7	Rêve lucide.	Imagination, mythomanie, état limite.	Troubles du sommeil.
Chap. 8	Expériences induites : Chamanique, Psychédélique.	Psychose.	(*a*) Désordre narcissique de la personnalité, (*b*) Attaques de panique ; Flash-back ; épisode psychotique.

Tableau 2.2. (suite)

Chap. 9	Expérience psycho-spirituelle : (*a*) Urgence spirituelle, (*b*) Union mystique, (*c*) Vie antérieure.	(*a*) Désordre psychotique, désordre bipolaire, (*b*) Manie, Schizophrénie, (*c*) Désordre schizoïde de la personnalité.	(*a*) Anxiété ; psychose aiguë ; crises paranoïaques ; tendances suicidaires. (*b*) Inadaptation au réel, au quotidien.
Chap. 10	(*a*) Fantôme ; hantise, (*b*) Possession.	(*a*) Hallucination, paranoïa, (*b*) Désordre de personnalités multiples (également appelé Identité dissociative).	Tendance suicidaire accrue, crises de panique, actes dont le sujet ne se sent pas responsable, fatigue intense.
Chap. 11	Psi perceptif [Sensibilités paranormales : télépathie, clairvoyance, précognition, pressentiment]	Hallucination (particulièrement auditive), d'où schizophrénie, désordre bipolaire, Désordre de la personnalité du type schizophrénie.	Peur d'être « fou » due à la difficulté à gérer ces expériences, ou peur d'être considéré comme tel

[1]Les conséquences *positives* déclenchées par les expériences extraordinaires sont exposées dans les chapitres correspondants, plutôt que dans ce chapitre consacré à la psychopathologie.

[2] Différents degrés de stress ou d'anxiété peuvent se rencontrer après une expérience extraordinaire, lorsque l'individu essaye de concilier les nouvelles perspectives et émotions que l'expérience a fait naître dans son esprit, par rapport à sa façon de penser avant l'expérience, et parfois aussi par rapport à ce que ses amis proches, sa famille, ou la société au sens large considère comme une expérience valide. Mais nous n'avons pas voulu alourdir le tableau en mettant les mots « stress » et « anxiété » dans chacune des colonnes.

BIBLIOGRAPHIE

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2003). *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Guelfi J.-D. (trad. coord.), 4e éd., texte revisé, version internationale avec les codes CIM-10, Paris, Masson.

BELL M. (1983, 1992). *Bell Object Relations and Reality Testing Inventory*, Los Angeles, Western Psychological Services.

BERNSTEIN E.M., PUTNAM F.W. (1986). « Development, reliability, and validity of a dissociation scale. » *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, p. 727-735.

BERNSTEIN E.M., CARLSON E., PUTNAM F. W. (1993). « An update on the Dissociative Experiences Scale », *Dissociation*, 6 (1), p. 16-27.

BIERMANN D., RADIN D. (1997) « Anomalous anticipatory response on randomized future conditions, » *Perceptual and Motor Skills*, 84, p. 689-690.

BIERMAN D., SCHOLTE H. S. (2002). « An fMRI brain imaging study of presentiment », *Journal of the International Society of Life Information Science*, 20, p. 380-388.

BRAGDON E. (1993). *A Sourcebook for Helping People with Spiritual Problems* (2e éd.), Aptos (CA), Lightening Up Press.

CLARK L.A. (1993). *Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality*, Minneapolis (MN), University of Minnesota Press.

COLASANTI R. (1998). *Semi-Structured Interview Form*, Cambridge (USA). Program for Extraordinary Experience Research, p. 4-5.

COLASANTI R. (2008). Communication personnelle.

GREYSON B. (2008). Interview par Stéphane Allix, 8 janvier. (Publié dans *Le Magazine de l'INREES*, sept. 2008).

GROF S. (2008). Interview par Stéphane Allix et Paul Bernstein, 16 janvier.

GROF S., GROF Ch. (1986) « Spiritual Emergency : The Understanding et Treatment of Spiritual Crises, » *ReVision* (8) 2, p. 7-20.

HARKNESS A.R., MCNULTY J.L., BEN-PORATH Y.S., GRAHAM J.R. (2002). *MMPI-2 Personality-Psychopathology Five (PSY-5) Scales : Gaining an Overview for Case Conceptualization and Treatment Planning*, Minneapolis (MN), University of Minnesota Press.

HARRIS B., GREYSON B. (1989), « Counseling the Near-Death Experiencer », in S. et Ch. Grof (éd.), *Spitirual Emergency : When Personoal Transformation Becomes a Crisis*, New York, Tarcher/Putnam.

Journal of Personality Assessment (2006), n° 87, p. 139-201.

JUNG C. (1968). *Analytic Psychology : Its Theory and Practice*, New York, Random House.

LAING R. (1972) « Metanoia : Some Experiences at Kingsley Hall », in Ruitenbeek (éd.), *Going Crazy*, New York, Bantam, p. 11-21.

LUKOFF D. (1996) « Transpersonal psychotherapy with psychotic disorders, and Spiritual emergencies with psychotic features » in Scotton B, Chinen A, Chunen A (éd.), *Textbook of Transpersonal Psychiatry and Psychology*, New York, Basic Books, p. 271-281.

LUKOFF D. (2007). « Visionary Spiritual Experiences », *Southern Medical Journal*, 100 : 6, p. 635-641.

MACK J. (2005). « Approaching Extraordinary Experiences in the Mental Health Field, » in Mihares S. et Gurucharan S.K. (éd.), *The Psychospiritual Clinician's Handbook : Alternative Methods for Understanding and Treating Mental Disorders*, Binghamton (NY), Haworth Reference Press.

REDIGER J. (2008). Interview par Stéphane Allix et Paul Bernstein, 6 janvier.

TARG E., SCHLITZ M., IRWIN H.J. (2000). « Psi-related Experiences », in *Varieties of Anomalous Experience : Examining the Scientific Evidence*, Washington (DC), American Psychological Association, p. 219-252.

TELLEGEN A., BEN-PORATH Y.S., MCNULTY J.L., ARBISI P.A., GRAHAM J.R., KAEMMER B. (2003). « The MMPI-2 Restructured Clinical Scales : Development, validation, and interpretation », in *An MMPI Handbook*, vol. 1, *Clinical Interpretation*, Minneapolis (MN), University of Minnesota Press.

WAPNICK K. (1980). « Mysticism and Schizophrenia », in Woods R. (éd.), *Understanding Mysticism*, New York, Doubleday, p. 321-327.

3

EXPÉRIENCE DE MORT IMMINENTE (EMI)

Evelyn Elsaesser-Valarino

« J'ai perdu connaissance puis je me suis retrouvée dans une sorte d'ascenseur, pas un tunnel mais un ascenseur. Au début, j'étais dans des mondes très bas, obscurs, sombres, vraiment désagréables, et des questions me venaient. "As-tu été suffisamment bonne ou au contraire mauvaise avec telle personne ? Quand tu as vécu telle chose, as-tu eu la réponse appropriée ?" Il y avait des questions sur des moments marquants de ma vie, des questions sur des gens... Ma réponse à chaque fois était : "Peu importe que j'aie été bonne ou mauvaise", puis je montais d'un étage, progressivement, en fonction des étapes dans ma vie. C'était comme un bilan des événements de ma vie. La chose très intéressante était que je ressentais émotionnellement ce que la personne en face de moi vivait. Mettons par exemple qui si j'avais à l'esprit une scène de dispute, je ressentais mon point de vue et celui de mon interlocuteur. Je me trouvais dans une forme d'empathie extrême. Plus je m'élevais, plus le brouillard se dissipait, plus la clarté était intense et lumineuse. Puis je suis arrivée dans une sorte de non-espace, ou d'espace avec une lumière qu'on ne peut pas voir ici, qu'on ne peut pas connaître. C'était juste d'une clarté, du blanc... et des êtres étaient là. Une sensation d'amour indicible ; je crois qu'à ma connaissance personne ne m'a jamais aimée comme ça. Une avalanche de ce sentiment d'amour, plus qu'un sentiment d'ailleurs, c'était même presque trop violent ! Je me suis mise à pleurer, mais c'était extatique. Plus aucune dualité : plus de peurs, ni de froid, ni de faim, ni de soif, rien, plus de matériel. Aucune émotion négative de colère, aucune tristesse ni nostalgie. Rien ! Que de l'extase, une gigantesque gratitude, immense ! Et je me demandais : "Qu'est ce que je vais pouvoir faire de tout cet amour-là ?" C'était trop. Cette expérience a été tellement forte que je n'avais pas vraiment de mots pour la décrire. C'est très compliqué d'essayer d'analyser, de formuler ce que l'on a ressenti, de parvenir à se

> faire comprendre. Mais une chose est sûre : quand je suis revenue, j'étais complètement différente. Déjà, la mort ne m'inquiétait plus. Je pense que cette expérience a modifié ma façon d'être, ainsi que ma conception de la vie. »

DÉFINITION

L'expérience de mort imminente (EMI) est une expérience profonde que traversent principalement des personnes ayant frôlé la mort. Une EMI implique la sensation de quitter son corps, de transcender nos concepts habituels de temps et d'espace. Certaines personnes rapportent avoir eu des visions de parents ou d'êtres chers décédés, quelques fois de figures divines ou mystiques. Parfois on revoit toute sa vie et on juge son propre comportement, finalement, on atteint un point de non-retour. Ensuite on en revient et l'on essaie de trouver un sens à cette expérience.

L'expression « *Near-Death Experience* », ou NDE, a été proposée par le psychiatre américain Raymond A. Moody en 1975 lors de la publication de son ouvrage *La Vie après la vie* (Moody, 1977). Cette même terminologie avait déjà été employée par le psychologue et épistémologue français Victor Egger en 1895. Nous adoptons l'expression française « expérience de mort imminente », ou EMI, et utilisons le terme « expérienceur » pour désigner les personnes qui ont vécu une EMI.

Greyson (2007) définit les EMI comme « des événements psychologiques profonds contenant des éléments transcendantaux et mystiques qui se produisent généralement chez les individus proches de la mort ou se trouvant en danger physique ou émotionnel aigu ».

Van Lommel (2008) propose la définition suivante :

> « Une EMI est un état de conscience particulier qui se produit pendant une période imminente ou effective de mort physique, psychologique ou émotionnelle. »

L'Association internationale pour l'étude des expériences de mort imminente IANDS explique :

> « Une expérience de mort imminente est une expérience subjective spécifique que certains individus rapportent après avoir été exposés à une crise qui les a amenés au seuil de la mort. Lors de ce type de crise, une personne se trouve

> en état de mort clinique, dans un état proche de la mort ou dans une situation dans laquelle la mort est probable ou prévisible. »

Une EMI peut se produire lors d'une maladie grave, d'un arrêt cardiaque, d'un accident ou d'une tentative de suicide. Un danger physique ou psychique extrême peut la déclencher. Une chute ou un accident de voiture qui semblent fatals mais qui se terminent pourtant sans aucune atteinte physique, peuvent entraîner une EMI par la simple crainte de l'imminence de la mort. Dans ce cas, on parle de *Fear-Death Experience*.

Des expériences similaires peuvent survenir dans un état de conscience habituel, sans proximité à la mort, par exemple en état méditatif profond. IANDS les a nommées les *Near-Death-Like Experiences* ou NDLE (expériences apparentées aux EMI).

Nous le voyons, une EMI est une expérience psychologique profondément bouleversante qui implique davantage d'éléments que le simple fait de se trouver proche de la mort, et dont les effets perdurent ou se renforcent pendant toute une vie. Les EMI se partagent entre des expériences ressenties comme positives (la grande majorité de celles qui sont rapportées) et celles effrayantes, perçues comme négatives. De nombreux expérienceurs sont convaincus d'avoir été morts durant l'expérience et non proches de la mort.

Qu'une EMI se soit produite au seuil de la mort ou dans des circonstances bénignes, l'expérience contient des images et des émotions puissantes. L'expérience la plus couramment rapportée comprend des sentiments intenses de paix, de joie et d'amour ainsi que fréquemment une rencontre avec un être de lumière symbolisant l'amour inconditionnel. Dans certains cas, des sentiments de terreur, de désespoir ou de culpabilité prédominent. Les EMI s'intègrent dans un cadre plus large d'expériences transformatives qui dépassent les limites habituelles du temps et de l'espace et peuvent être considérées comme des expériences spirituelles, mystiques, transpersonnelles ou des conversions.

© InterEditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

CONTENU ET DESCRIPTION DE L'EXPÉRIENCE DE MORT IMMINENTE

Phases types du déroulement d'une EMI

- **La sortie hors du corps** (décorporation). L'expérienceur reprend conscience à l'extérieur de son corps, corps qu'il voit depuis une certaine hauteur. Dans un faible pourcentage des cas, cette étape est empreinte d'un sentiment de désorientation.
- **Le passage par un tunnel** ou un espace sombre. L'expérienceur éprouve une impression de légèreté et de vitesse vertigineuse.
- **L'apparition d'une lumière éclatante** et attirante au bout du tunnel ou de l'espace sombre et entrée soudaine dans cette lumière.
- La rencontre avec un **être de lumière** qui personnifie l'amour inconditionnel.
- **Le sentiment de bonheur infini**, d'une joie indicible et d'une paix profonde.
- **La rencontre avec des proches décédés ou des guides inconnus**.
- La vision de **paysages paradisiaques**.
- **La revue de vie** (vision en dehors du temps et en trois dimensions de tous les événements de la vie de l'expérienceur, simultanément revécus depuis la perspective de l'expérienceur et celle des personnes impliquées dans la scène revisitée).
- L'accès à la **connaissance absolue**, perdue partiellement ou entièrement lors du retour dans le corps.
- **La vision du futur individuel ou collectif** donne accès à des informations qui peuvent se vérifier par la suite.
- La certitude de **faire partie d'un ensemble universel harmonieux**, d'y avoir sa place, d'appartenir à une unité cosmique et d'en comprendre le fonctionnement et la signification.
- Représentations diverses symbolisant une **frontière** dont le franchissement rendrait le retour à la vie impossible.
- **Le retour à la vie** souhaité ou imposé.

Notons que la totalité de ces éléments n'est que très rarement présente dans une seule et même EMI. En outre, la succession des étapes n'est pas linéaire. Chaque EMI est unique car liée au vécu de

l'individu, pourtant, malgré la diversité des expérienceurs, on note certaines constances et similarités dans le déroulement des EMI.

Quatre phases principales caractérisent les EMI :

- la première correspond à la *décorporation* pendant laquelle l'expérienceur se perçoit comme étant dissocié de son corps physique. Il se sent parfaitement paisible, sans pour autant voir, entendre ou ressentir quelque chose de particulier. La douleur physique a disparu et fait place à un sentiment de profond bien-être ;
- dans la deuxième phase, l'expérienceur perçoit le monde physique — son corps et son environnement — depuis un point situé habituellement à une certaine hauteur. L'environnement lui est familier mais semble plus clair et lumineux que d'habitude. L'expérienceur est pourvu de capacités inhabituelles telles que la possibilité de voir à distance, de traverser les objets ou encore « d'entendre » les pensées des personnes qui l'entourent. Les perceptions sont renforcées et les émotions intensifiées ;
- suit la traversée à une vitesse vertigineuse d'un tunnel ou d'un espace sombre vers une lumière éclatante et attirante située à une grande distance. L'entrée dans cette lumière initie la troisième phase qui constitue l'essence même de l'EMI et semble se dérouler dans une dimension transcendantale. Les expérienceurs y rencontrent des proches décédés et d'autres entités non physiques dont l'être de lumière personnifiant l'amour inconditionnel et la connaissance absolue. Ils décrivent des paysages sublimes aux couleurs intenses. La revue de vie, élément fondamental, peut se produire dans cette phase avec l'assistance aimante de l'être de lumière. Une vision d'événements du futur, corroborés par le passage du temps, n'est pas inhabituelle. Les expérienceurs relatent un accès à la connaissance absolue qui leur révèle les mystères de la condition humaine et la nature de l'univers et leur procure un sentiment d'unité et d'interconnexion universelle ;
- la dernière phase est caractérisée par le retour dans le corps, décrit généralement comme une réintégration subite et émotionnellement douloureuse du corps physique. La moitié des expérienceurs disent avoir eu le choix de retourner ou non dans leur corps physique ; leur décision de revenir a été motivée essentiellement par l'amour pour leurs proches, notamment pour leurs enfants.

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

L'autre moitié rapporte un retour imposé contre leur volonté, souvent associé à la notion d'une mission à remplir sur terre.

L'EMI se distingue des autres expériences humaines par le sentiment de survivre à sa propre mort. Van Lommel (2008) précise :

> « Aux yeux des expérienceurs, la mort n'est rien d'autre qu'une manière différente d'exister, avec une conscience accrue et élargie qui se trouve instantanément en tout lieu car elle n'est plus liée au corps ».

Le renforcement des fonctions mentales à l'instant où le cerveau est physiologiquement détérioré intrigue et n'a pas trouvé d'explication scientifique satisfaisante à ce jour.

Propriétés associées à l'EMI

Augmentation de la capacité intellectuelle

Elle se manifeste par une acuité et rapidité de la pensée et du raisonnement.

Relativisation et dépassement du sentiment d'identité

Sans avoir l'impression de perdre son identité ou sa personnalité, l'expérienceur a la sensation d'accéder à une dimension essentielle de lui-même, qui dépasse son moi habituel (le *petit-moi* qui rejoint le *grand-moi*). Cela s'accompagne du sentiment de « retrouver son lieu d'origine » ou de « rentrer au port ».

Enveloppe corporelle absente ou différente

Certains expérienceurs disent ne pas avoir eu de corps pendant l'EMI, ils se sont perçus comme une pure conscience ou un puissant centre d'énergie sans enveloppe corporelle. D'autres déclarent avoir été munis d'un corps léger, fluide, aux contours flous.

Modification de la sensation de pesanteur

Certains expérienceurs disent avoir été capables de se déplacer à très grande vitesse et s'être retrouvés instantanément dans un lieu différent, même très éloigné, par le seul fait d'en éprouver le désir. Les objets matériels tels que des murs, des toits ou des personnes peuvent être traversés à volonté.

Modification de la perception du temps

L'EMI semble se produire dans une dimension atemporelle ou régie par un temps d'une autre nature. Une quantité phénoménale d'informations semble libérée en un temps très court.

☞

☞ **La vue**

Les expérienceurs disent avoir disposé d'une capacité visuelle accrue, avec un champ de vision à 360 degrés et la possibilité de voir simultanément à proximité et à distance, globalement et dans le moindre détail.

L'ouïe

Deux types de témoignages sont rapportés : le premier concerne les expérienceurs qui, pendant l'EMI, entendent des personnes vivantes, soit leurs paroles, soit leurs pensées avant que celles-ci ne soient exprimées en mots. Il arrive fréquemment qu'ils entendent un membre de l'équipe médicale annoncer leur décès. Ils essaient de communiquer avec les personnes qui les entourent mais il leur est impossible de se faire comprendre. Le deuxième type de témoignage concerne la communication, réciproque cette fois, qui s'établit entre l'expérienceur et des personnes décédées, des entités spirituelles ou un être de lumière. Cette transmission de pensée se passe sans paroles, de conscience à conscience, à l'instar d'une communication télépathique. L'échange semble instantané et sans équivoque possible.

Le toucher

Le toucher devient une impossibilité pendant une EMI. Les expérienceurs relatent qu'ils essayaient de saisir le bras d'une personne, par exemple pour l'empêcher d'effectuer des gestes de réanimation, mais qu'ils ne rencontraient aucune résistance.

L'ineffabilité

Elle est unanimement constatée. L'expérience ne peut être décrite que de manière incomplète et avec perte de substance, les mots ne sont pas adéquats.

Moody (1977) définit les douze éléments communs d'une EMI d'adulte : « l'incommunicabilité ; l'audition du verdict [annonce de sa propre mort] ; sentiments de calme et de paix ; les bruits ; le tunnel obscur ; décorporation ; contacts avec d'autres ; "l'être de lumière" ; le panorama de la vie ; frontière ou limite ; le retour ; le problème du témoignage ».

Greyson (1985) décrit les EMI à partir de leurs composantes :

- cognitive et perceptive : distorsion du temps ; accélération de la pensée ; revue de vie ; compréhension instantanée ;
- affective : sensations de paix, de joie, d'unité cosmique ; détachement émotionnel ; attirance par une lumière irradiante d'amour ;

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

- psi ou paranormale : acuité de la vision, de l'audition ; perceptions extra-sensorielles ; vision du futur ; expérience hors du corps ;
- transcendante : rencontre d'une présence d'ordre mystique ; univers non terrestre ; rencontre d'« esprits » ; sensation d'un « point de non-retour ».

Ring (1980) classifie le déroulement de l'EMI en ;

a) paix et bien-être ;

b) séparation du corps physique ;

c) entrée dans une région transitoire d'obscurité ;

d) vision d'une lumière éclatante ;

e) entrée, à travers la lumière, dans une autre dimension d'existence.

Bien que les étapes énumérées ne soient pas linéaires, Ring et d'autres chercheurs ont utilisé ce modèle pour mesurer la « profondeur » de l'EMI. La rencontre avec la lumière est considérée comme « plus profonde » qu'une sortie hors du corps. Ring (1984) définit par la suite l'EMI particulièrement profonde (*core NDE*) caractérisée par la vitesse et l'accélération à l'approche de la lumière qui, malgré sa brillance, n'éblouit pas ; l'amour pur, l'acceptation inconditionnelle et le pardon ; le sentiment de « retour à la maison » en présence de la lumière ; la communication instantanée et non verbale avec la lumière qui transmet la connaissance et aide l'expérienceur par le biais de la revue de vie à comprendre ce qui compte réellement dans l'existence ; la musique transcendantale ; un environnement paradisiaque et des cités de lumière ; et un désir infini de rester à tout jamais en présence de la lumière.

Sabom (1982) propose une classification des EMI en :

a) expériences autoscopiques impliquant une auto-visualisation depuis une position en hauteur ;

b) expériences transcendantales impliquant un passage apparent dans une dimension ou domaine inconnus ;

c) une combinaison d'expériences avec à la fois des étapes autoscopiques et transcendantales.

Certaines étapes de l'EMI, notamment les visions de paysages paradisiaques, ornés d'une végétation d'une grande beauté aux couleurs intenses, font penser à des paysages terrestres sublimés. La

rencontre avec des proches décédés, plus jeunes, plus beaux et plus sains que le jour de leur décès et portant leurs vêtements habituels, à l'instar de telle grand-mère vêtue de sa robe à fleurs préférée, fait penser à une dimension qui se révélerait sous forme d'images qui sont familières à l'expérienceur et qu'il peut comprendre. On peut imaginer une dimension qui se met en scène et en image sous forme de repères familiers. L'aspect symbolique de l'EMI ne doit pas être sous-estimé.

Dans ce contexte, Fenwick et Fenwick (2005) ont étudié dans leur enquête portant sur trois cents cas les visions de paysages paradisiaques et en particulier les fleurs dont la beauté et l'intensité des couleurs furent soulignées par les expérienceurs, dont un ou deux étaient des botanistes. Les chercheurs soulignent qu'aucune espèce inconnue n'était décrite, uniquement des fleurs connues. Les seuls animaux dont était fait mention étaient des chiens. L'un des témoins avait vu courir vers lui tous les chiens qu'il avait possédés.

FRÉQUENCE DE L'EMI

Les avancées de la médecine et les méthodes modernes de réanimation permettent à plus de personnes de survivre à une situation médicale critique, la possibilité de vivre une EMI augmente dans les mêmes proportions.

La fréquence des EMI a été surévaluée pendant longtemps. Dans les années quatre-vingt, on estimait qu'un tiers des personnes proches de la mort expérimentait une EMI (Ring, 1984 ; Sabom, 1982). Une étude menée par Gallup et Proctor (1982) évaluait que 5 % de la population globale des États-Unis aurait vécu une telle expérience. Un deuxième sondage entrepris en 1992 par Gallup avançait le chiffre de 13 millions d'expérienceurs aux États-Unis[1]. Greyson effectua une réévaluation et écrivit en 1998 que ces pourcentages étaient sans doute surévalués. Long évalue en 2005 que sept cent soixante-quatorze expériences de mort imminente se produiraient quotidiennement aux États-Unis[2].

1. *http://www.nderf.org/number_nde_usa.htm.*
2. *Ibid.*

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Dans une enquête australienne effectuée en 2004 par Perera *et al.* (2005) sur un échantillonnage de six cent soixante-treize individus représentatifs de la population générale, 36 % (241 individus) pensaient avoir frôlé la mort à un moment de leur existence. Pour être qualifié comme expérienceur, il fallait avoir vécu deux éléments d'une EMI ou plus selon l'échelle de Greyson. 47 % ou cent quatorze des personnes ayant frôlé la mort avaient vécu un seul élément d'EMI et 25 % ou soixante personnes en avaient vécu au moins deux et étaient considérés comme des expérienceurs. Ces soixante individus représentaient 9 % de l'échantillonnage total.

Knoblauch, Schmied et Schnettler (2001) ont effectué une étude en Allemagne et portant sur deux mille quarante-quatre cas dont 4 % avaient vécu une EMI. En ce qui concerne le rapport entre EMI et mort clinique, moins de 50 % des répondants disent avoir été en danger de mort lors de l'EMI, et seulement 6 % affirment avoir été cliniquement morts. Knoblauch, Schmied et Schnettler estiment à 3 millions le nombre d'Allemands qui auraient vécu une EMI.

Fréquence d'EMI lors d'arrêts cardiaques

En Grande-Bretagne en 2001, Fenwick *et al.* (2001) ont constaté qu'environ 10 % de survivants d'un arrêt cardiaque avaient vécu une EMI. Van Lommel et ses collègues hollandais (2001) ont identifié le chiffre d'environ 12 %. L'étude américaine effectuée par Schwaninger (2002) trouva un taux plus élevé de 23 %. Greyson (2003) parle de 10 %. On peut conclure de ces données qu'entre 10 % et 20 % des personnes subissant un arrêt cardiaque vivent une EMI.

Pour la France, le chiffre de 2 millions d'expérienceurs est généralement avancé, sur la base du taux de 4 % de la population générale signalé dans plusieurs enquêtes aux États-Unis et en Europe (Atwater, 2008).

Van Lommel, (2008) se basant sur les estimations d'autres pays européens, indique le chiffre de six cent mille cas ou 4,2 % de la population pour les Pays-Bas.

Fenwick (2005) estime qu'environ 10 % des personnes qui ont frôlé la mort ou ont été cliniquement mortes ont vécu une EMI.

La fréquence d'occurrence des différentes étapes de l'EMI
L'étude de Fenwick et Fenwick (2005) portant sur trois cents cas indique que 66 % des personnes ont rapporté une sortie hors du corps (OBE), 76 % la vision de paysages pastoraux, 38 % ont rencontré des membres de la famille ou amis décédés, 12 % ont expérimenté une revue de vie, 24 % ont aperçu une frontière symbolisée de différentes manières et 72 % ont décidé de retourner à la vie.
L'étude hollandaise de Van Lommel *et al.* (2008) analysant les EMI de soixante-deux survivants d'un arrêt cardiaque fait mention des éléments suivants :

- conscience d'être mort : 50 % ;
- émotions positives : 56 % ;
- OBE : 24 % ;
- traversée d'un tunnel : 31 % ;
- communication avec « une lumière » : 23 % ;
- vision de couleurs : 23 % ;
- vision d'un « paysage céleste » : 29 % ;
- réunion avec des amis ou membres de la famille décédés : 32 % ;
- revue de vie : 13 % ;
- vision d'une frontière : 8 %.

LE PROFIL DES EXPÉRIENCEURS

Pendant longtemps, les chercheurs ont estimé que la nationalité, l'origine ethnique, la religion, l'instruction, le niveau social et intellectuel, l'âge ou le sexe de l'expérienceur ne déterminaient en rien la nature de l'EMI, ni la probabilité de l'expérimenter, seule son interprétation semblait influencée par des facteurs culturels, notamment religieux, sans pour autant la façonner. Ring (1980, 1984) constate qu'« aucune corrélation significative n'a été repérée entre l'âge, l'origine ethnique, l'orientation sexuelle, le statut économique et la probabilité de vivre une EMI, son contenu ou sa profondeur ». Aucune relation significative n'a par ailleurs été trouvée entre les croyances religieuses et la probabilité de vivre une EMI, ou sa profondeur.

Toutefois, les études de Council et Greyson (1985) et d'Irwin (1985) indiquent que les expérienceurs semblent être de meilleurs sujets d'hypnose, se souvenir plus facilement de leurs rêves et être davantage enclins à utiliser des images mentales. Ring (1992) constate un nombre significativement plus élevé de traumatismes liés à l'enfance accompagnés des tendances dissociatives en résultant,

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

chez les expérienceurs que chez les non-expérienceurs. Il ne se prononce toutefois pas sur le fait de savoir si ces caractéristiques et rappels d'expériences antérieures sont la conséquence de l'EMI ou si les individus avec ce profil sont davantage prédisposés à vivre une EMI quand ils se trouvent proches de la mort.

La comparaison entre les EMI rapportées au sein de différentes cultures suggère que des croyances préexistantes ont une certaine influence sur le type d'expérience qu'une personne rapportera après avoir frôlé la mort. Kellehear (1993) constate que, tandis que les éléments tels que la rencontre avec des êtres spirituels et la vision de dimensions non physiques sont transculturels, la revue de vie et la présence d'un tunnel notamment sont essentiellement rapportées par les expérienceurs appartenant aux cultures chrétienne et bouddhiste mais rares parmi les populations indigènes d'Amérique du Nord, d'Australie et des îles pacifiques.

Knoblauch (2001), de son côté, a trouvé des différences significatives entre les Allemands de l'Ouest et de l'Est. Il constate qu'à l'Ouest, les EMI sont « surtout vécues comme positives (59,5 % de sensations merveilleuses contre 28,6 % d'horribles), tandis que l'inverse vaut à l'Est (60 % de sensations horribles contre 40 % de merveilleuses). Certains motifs (tels le tunnel à l'Est et la lumière à l'Ouest) se distribuent aussi de façon significativement inégale ».

Des recherches sur les EMI ont été entreprises en Chine, en Inde, en Thaïlande, au Tibet et dans plusieurs cultures indigènes en Australie, au Chili, à Guam, en Nouvelle-Zélande et à Hawaï. Les similarités avec les EMI occidentales consistent en la conviction des expérienceurs d'avoir eu accès à la vie après la mort et à une dimension surnaturelle, une profonde sensation de paix, la rencontre avec des êtres spirituels ou religieux (qui correspondent généralement au contexte culturel) et dans une moindre mesure une revue de vie. Le passage par un tunnel n'a été que rarement décrit dans les EMI de cultures non occidentales (Kellehear, 2006). Les expérienceurs japonais ne décrivent pas de tunnels mais des caves qui symbolisent l'entrée dans une nouvelle réalité (Fenwick, 2005).

Kellehear (2001) commente la seule EMI polynésienne d'un Maori documentée dans la littérature professionnelle et relève l'absence de description d'un tunnel : « En effet, aucune mention n'est faite de lumière ou d'obscurité. Ceci est conforme aux

témoignages d'EMI de Guam et hypothétiquement conforme à la seule autre EMI polynésienne, bien que maori, rapportée. » La revue de vie est également absente, à l'instar d'autres récits provenant du Pacifique. Kellehear (2001) conclut que « les EMI ne sont pas la simple conséquence d'une attente. Mon argument est seulement que les influences culturelles peuvent être décisives pour fournir les outils qui permettent de comprendre le contenu des EMI. En d'autres termes, la culture procure des valeurs générales et des attitudes aux individus et celles-ci fournissent une orientation individuelle pendant l'expérience. De cette manière, les influences culturelles fournissent la base pour l'interprétation du contenu des EMI et sont en plus cruciaux pour façonner le récit de l'expérience destiné aux membres de sa propre culture ».

Sutherland (1995) a également examiné le conditionnement culturel :

> « Les critiques relèvent souvent que le contenu d'une EMI est étroitement lié aux croyances culturellement conditionnées sur la vie après la mort. En d'autres termes, tout ce que les gens s'attendent à rencontrer après la mort serait effectivement expérimenté pendant l'EMI. Toutefois, dans mes propres recherches j'ai souvent rencontré des cas où les expérienceurs ont expressément souligné à quel point leur expérience était *différente* de ce qu'ils s'attendaient à vivre sur la base de leur contexte religieux et culturel. »

Evans Bush (1983) a comparé dix-sept récits d'EMI d'enfants avec ceux d'adultes et n'a trouvé aucune différence significative, ce qui l'amena à écrire que « le conditionnement culturel n'est pas déterminant pour le contenu des EMI ».

Et Sutherland (1995) de conclure que ni les EMI d'enfants ni les EMI d'adultes ne subissent de forts conditionnements culturels, bien que les témoignages contiennent à l'évidence des éléments culturellement spécifiques :

> « Mais il me semble que ce n'est qu'au niveau de la description et de l'interprétation que le conditionnement culturel peut avoir une influence, tandis que la structure profonde de l'expérience *reste universelle*. »

Les EMI consécutives à une tentative de suicide ont fait l'objet de controverses. Certains chercheurs, sans doute mus par des raisons idéologiques, ont avancé l'hypothèse qu'une grande partie des EMI résultant d'une tentative de suicide seraient négatives. Cette

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

hypothèse a été infirmée par des études subséquentes approfondies qui démontrent clairement qu'il n'existe aucune corrélation entre une tentative de suicide et la probabilité de vivre une EMI effrayante. Greyson (2005) analysa les EMI consécutives à une tentative de suicide sous l'angle de la psychopathologie, du contexte religieux et de la représentation de la mort :

> « L'hypothèse a été avancée que les expériences de mort imminente, c'est-à-dire des événements transcendantaux ou mystiques se produisant au seuil de la mort, seraient issues de la psychopathologie ou d'une attente préexistante du processus de mourir, ces spéculations n'ont pourtant jamais été testées. Soixante et une personnes ayant fait une tentative de suicide, donc susceptibles de représenter un taux élevé à la fois de psychopathologie et de proximité de la mort, ont été interrogées pour les besoins de cette étude empirique. Seize individus (26 %) ont rapporté une EMI suite à leur tentative de suicide. Le groupe rapportant une EMI et le groupe n'en rapportant pas ne se différenciaient pour aucun des paramètres mesurant la psychopathologie, le contexte religieux ou l'attente préexistante de la mort ou du processus de mourir. »

Il semblerait que le taux de récidive soit nul pour les expérienceurs ayant vécu une EMI après une tentative de suicide, alors que pour les personnes ayant fait une tentative de suicide sans EMI, la récidive est importante. Certains de ces expérienceurs expliquent avoir compris lors de leur EMI que chaque vie est précieuse, qu'elle a un sens et un dessein et ne doit pas être terminée avant l'heure. (Greyson, 1993 ; Mercier, 1992)

Fenwick se prononce sur le suicide dans un contexte religieux :

> « Pour les religions organisées qui comprennent la notion d'enfer, le suicide est un péché et il peut bien être considéré comme une condition d'admission [en enfer]. Pourtant, aucune des personnes qui nous ont écrit au sujet d'une EMI consécutive à une tentative de suicide n'a rapporté une EMI effrayante ou simplement déplaisante. Bien au contraire, ce qu'ils ont expérimenté semble leur donner une raison de continuer à vivre. Il s'avère que l'état d'esprit pendant l'EMI ne ressemble pas du tout à l'état d'esprit de la personne avant l'expérience. On peut s'attendre à ce qu'une personne qui porte atteinte à sa vie soit dans un état de forte agitation émotionnelle pendant son expérience. Dans la vie de tous les jours, les individus dépressifs ont tendance à sélectionner uniquement les images et souvenirs déprimants. Et pourtant, en examinant [ces] expériences, on remarque que les sentiments dépressifs se dissipent quand les individus entrent dans l'expérience : il reste un sentiment de paix et de beauté, une guérison de l'esprit brisé semble se produire. »

Bush (2006) ajoute qu'« aucune corrélation n'a été établie entre la biographie, les croyances, le comportement ou l'état d'esprit d'une personne et la probabilité de vivre une EMI radiante ou au contraire une expérience extrêmement pénible ».

LES EMI D'ENFANTS

Des enfants, même très jeunes, vivent des EMI au déroulement classique. Seule la revue de vie semble généralement absente de ces expériences enfantines, sans doute en raison de la brièveté de leur existence.

L'expérience qui est racontée de manière plus simple, avec des mots d'enfants, ne se différencie pas de celle d'un adulte. Sutherland (1995) constate qu'« on s'attend parfois à ce que le contenu d'EMI de très jeunes enfants soit aussi limité que leur vocabulaire. On constate cependant que l'âge des enfants au moment de l'expérience ne détermine pas le niveau de complexité de ces récits. Même les enfants qui étaient à l'état prélinguistique au moment de l'EMI ont relaté des expériences passablement complexes par la suite ». Evans Bush (1983) présente le cas d'une jeune femme qui vécut une EMI à l'âge de treize mois. Vingt-sept ans après l'expérience elle parle d'un « endroit très beau » et « d'une lumière accueillante qui transmet un sentiment de sécurité et d'amour ».

Herzog et Herrin (1985) rapportent le cas d'un enfant de 6 mois qui fut admis en soins intensifs dans un état critique. Quelques mois après son rétablissement, son entourage constata « une réaction de panique quand ses frères et sœurs lui demandaient de ramper à travers un tunnel dans un magasin ». Sa mère avait constaté la même réaction de panique à d'autres occasions. Trois ans après l'hospitalisation de l'enfant, sa mère tenta de lui expliquer la mort proche de sa grand-mère quand l'enfant demanda : « Est-ce que grand-maman devra traverser le tunnel du magasin pour aller voir le bon Dieu ? »

Fenwick (2005) rapporte le cas d'un garçon de 3 ans et demi qui souffrait d'une maladie meningococcique. Trois mois après avoir été guéri, il raconta que, lors de sa maladie, deux anges l'avaient emmené, « un grand ange et un ange-garçon ». Il rencontra son

© InterEditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

grand-père (qui était vivant lors de l'épisode mais mourut neuf jours plus tard), s'amusa avec des jouets et d'autres enfants, puis « les anges m'ont ramené ».

Morse et Perry (1991) décrivent le cas de Mark qui subit un arrêt cardio-respiratoire à l'âge de neuf mois. Deux ans plus tard pendant un spectacle de Noël il dit à son père : « Dieu ne ressemblait pas à l'homme du spectacle. » Il raconta alors à son père ce qu'il avait vécu après avoir quitté son corps pendant sa maladie. Il dit qu'il avait d'abord vu comment les médecins et infirmières essayaient de le réveiller avant de quitter la pièce en volant. Il aperçut ses grands-parents qui se tenaient dans les bras en pleurant. Ensuite, il grimpa à travers un tunnel sombre en direction d'une lumière brillante et entra dans un « endroit clair où il courait dans les champs avec Dieu ». Dieu lui demanda s'il voulait rentrer chez lui et Mark répondit négativement. Dieu le rassura en disant qu'il pourra revenir plus tard. Il est intéressant de constater que le garçonnet parle de « grimper » dans le tunnel, un terme qui correspond parfaitement au moyen de déplacement d'un bébé.

Les EMI peuvent se produire au tout début d'une vie, à la naissance. Serdahely et Walker (1990) rapportent un tel cas. Sara avait 23 ans quand elle témoigna de son expérience. Lors de sa naissance, le cordon ombilical était enroulé autour de son cou et provoqua une mort clinique de cinq minutes. Elle fit une EMI qu'elle revit dans des rêves récurrents jusqu'à l'âge de six ans environ. Elle se rappelle avoir voyagé dans un tunnel en direction d'une lumière mais sans y entrer. Elle ressentit son EMI comme inconfortable et effrayante et dit qu'elle « luttait avec toutes ses forces pour ne pas mourir », elle n'était pas prête pour mourir.

La question peut se poser si les EMI d'enfance rapportées rétrospectivement par des adultes ont subi des modifications ou distorsions avec le passage du temps. Serdahely (1991) a examiné cinq EMI d'enfance rapportées par des adultes et cinq EMI rapportées par des mineurs à la lumière des cinq étapes d'EMI définies par Ring, des quatre composantes élaborées par Greyson, des douze traits d'EMI décrits par Moody, des seize caractéristiques générales décrites par Sabom et des dix expériences positives basiques définies par Gallup et Proctor :

> « Dans cet ensemble combiné de quarante-sept caractéristiques d'EMI (qui étaient interdépendantes), seulement deux d'entre elles, liées à la notion du temps, montraient des différences significatives entre les récits rétrospectifs des adultes de leur EMI d'enfance et les récits d'EMI contemporains d'enfants, et le hasard peut expliquer cette différence. Cette étude corrobore par conséquent les affirmations des recherches antérieures indiquant que les récits rétrospectifs des adultes de leur EMI d'enfance ne sont ni embellis ni déformés. »

LES EMI D'AVEUGLES

Une catégorie à part est constituée par les expérienceurs aveugles. Ring et Cooper (1999) ont entrepris une enquête portant sur trente et un non-voyants qui avaient vécu une EMI ou une OBE. L'enquête devait répondre aux trois questions initiales :

1. les aveugles expérimentent-ils des EMI et, si tel est le cas, sont-elles identiques ou différentes de celles vécues par les personnes voyantes ?
2. revendiquent-ils des perceptions visuelles pendant leur EMI ou OBE ?
3. si tel est le cas, ces descriptions peuvent-elles être corroborées par des tiers ?

Les chercheurs ont constaté que les aveugles, y compris les aveugles de naissance, rapportent effectivement des EMI classiques du même type que celles des personnes voyantes ; qu'une majorité des aveugles revendique des perceptions visuelles pendant l'EMI ou l'OBE ; et que les revendications d'une connaissance basée sur la vision — qui n'aurait pas pu être obtenue par les voies sensorielles habituelles — ont pu partiellement être corroborées par des tiers. Ring et Cooper (1997) concluent qu'une prise de conscience transcendantale (*transcendental awareness*) doit être à la base de ces expériences car « ce qui semblait à première vue une analogie à la vision physique ne l'était pas vraiment à la lumière d'un examen approfondi. Il s'agit d'une prise de conscience d'une tout autre nature que nous avons appelée « prise de conscience transcendantale », qui fonctionne indépendamment du cerveau mais qui doit nécessairement être filtrée par lui et également passer par le filtre du langage. Ainsi, à l'instant où ces épisodes nous sont relatés,

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

les expérienceurs s'expriment dans un langage fondé sur la vision, mais les expériences elles-mêmes semblent d'une tout autre nature, difficiles à décrire dans un langage courant ».

LES EMI EFFRAYANTES

Les expériences de mort imminente effrayantes, *distressing near-death experience* (dNDE), ont fait l'objet de plusieurs études. Greyson et Bush (1992) ont analysé cinquante témoignages d'EMI effrayantes et les ont classifiés en trois catégories :

- la catégorie la plus courante concerne les EMI comprenant les mêmes composantes que les EMI positives mais ressenties comme négatives par les expérienceurs. Ils disent avoir tenté inutilement de résister et de s'être sentis livrés à l'expérience qui échappait à leur contrôle, générant un sentiment d'impuissance, de peur ou de colère ;
- la deuxième catégorie, moins courante, comprend une prise de conscience soudaine de non-existence ou de se sentir complètement seul à tout jamais dans un vide absolu et éternel. Parfois, les expérienceurs disent avoir reçu un message totalement convaincant que le monde physique et eux-mêmes n'ont jamais réellement existé ;
- la troisième catégorie, rare, contient des imageries infernales telles qu'un paysage laid et menaçant, des êtres démoniaques, des bruits forts et dérangeants, des animaux terrifiants et des êtres en état de détresse maximale. Les expérienceurs ne sont cependant que spectateurs et ne se sont sentis que très rarement tourmentés personnellement pendant l'expérience.

Rommer (2000) ajoute un quatrième type, extrêmement rare, qui désigne les EMI pendant lesquelles les expérienceurs se sentent jugés négativement par une puissance supérieure pendant la revue de vie. Ce type d'EMI contraste avec les revues de vie des EMI vécues comme positives lors desquelles les personnes se sentent au contraire aimées de manière inconditionnelle par une puissance supérieure, même pendant la revue de leurs agissements les plus condamnables.

Ring (1997) suggère que les EMI effrayantes sont liées à la mort de l'ego et à l'incapacité de l'expérienceur de reconnaître que sa personnalité, qu'il confond avec son identité, n'est ni réelle, ni durable. Une fois qu'il accepte de renoncer à cette partie de lui-même et lâche prise, l'EMI se transforme en une expérience positive et lumineuse :

> « La mort de l'ego est en réalité un portail ou plutôt la clé qui ouvre la porte du monde transcendantal et qui vous montre qui vous êtes réellement et quelle est la nature des choses. »

La recherche indique que les EMI effrayantes sont rares, mais il convient de garder à l'esprit qu'il est difficile pour les expérienceurs d'en faire part, compte tenu de leur caractère négatif qu'ils assimilent d'une manière ou d'une autre à leur biographie. La large audience que les EMI positives reçoivent dans les médias et dans le public les isole davantage encore. L'hypothèse du refoulement a été avancée, mais Rommer (2000) estime que « ces expériences sont si profondes [...] que le refoulement est peu vraisemblable ».

Tout comme les EMI dites positives, les EMI effrayantes se produisent chez les hommes et les femmes de tout âge, nationalité, origine ethnique, instruction, niveau socio-économique, croyances et appartenances religieuses et styles de vie. La thèse parfois avancée que les « bonnes » personnes expérimenteraient des EMI positives tandis que les « mauvaises » personnes subiraient des EMI effrayantes n'est en rien corroborée par les recherches effectuées. Cet argument est par ailleurs démenti par le fait que certaines personnes vivent une EMI qui contient aussi bien des éléments positifs que négatifs et par les EMI multiples qui peuvent être de type positif ou négatif sans aucun ordre établi. L'état actuel de la recherche ne permet pas d'expliquer pourquoi certaines personnes vivent des EMI positives et d'autres des EMI effrayantes.

On constate que :

- la grande majorité des EMI négatives ne se produit pas lors d'une tentative de suicide ;
- un grand nombre d'EMI positives résultent d'une tentative de suicide ;

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

- de nombreuses personnes qui s'attendaient à un jugement négatif de leur vie ou qui étaient en détresse avant l'expérience ont vécu une EMI positive.

Fréquence d'EMI effrayantes

La fourchette d'estimation des expériences de mort imminente effrayantes est assez large. Bonenfant (2001) les situe entre 1 % et 15 % de l'ensemble des EMI. Lors de quatre études prospectives menées entre 1982 et 2002 par Parnia *et al.* (2001), Sabom (1982), Schwaninger *et al.* (2002) et van Lommel *et al.* (2001), portant au total sur cent trente expérienceurs, aucun d'entre eux n'a rapporté une EMI effrayante.
Deux grandes études, Rommer (2000) et Bush (2006) en estiment respectivement la fréquence à 17 % et 18 %. Migliore (2007) et Long et Long indiquent respectivement une fréquence de 8,6 % et 15 %.
Fenwick et Fenwick (2005) trouvèrent 4 % d'EMI négatives dans un échantillonnage de cinq cents cas. Greyson (2008) les évalue à 1 % de l'ensemble des EMI.

LA RECHERCHE

Historique

Les EMI se sont sans doute produites depuis les origines de l'homme. Au fil des siècles, des témoignages nous en sont parvenus sous forme d'écrits ou de représentations artistiques. Des fragments descriptifs se retrouvent aussi bien dans la Bible que dans les classiques de philosophie. Le premier récit d'EMI connu remonte à 372 avant J.-C. Dans le livre X de *La République*, Platon rapporte par la bouche de Socrate l'étrange histoire d'Er le Pamphilien qui, étant descendu aux enfers, eut la divine permission d'en revenir pour raconter aux vivants ce qu'il avait vu.

Des récits d'expériences similaires, voire identiques, se retrouvent dans les folklores et écrits européens, africains, indiens, du Proche-Orient, d'Asie orientale, du Pacifique et des indigènes d'Amérique.

Recherche pionnière

L'EMI fut décrite pour la première fois comme un syndrome clinique en 1892 par le géologue suisse Albert Heim. Il publia les témoignages de victimes de divers types de chutes qui avaient vécu une expérience subjective inconnue, caractérisée par une

activité cérébrale accrue et une revue de la vie. Heim, né en 1849 à Zurich et mort en 1937, fut professeur de sciences naturelles à l'école polytechnique de Zurich et à l'université de Zurich. Dans sa recherche connue sur les EMI, il examina la question : « Que ressentent les personnes victimes d'un accident subit dans leurs dernières secondes de vie ? » Sur une durée de vingt-cinq ans, il récolta les récits d'accidentés victimes de chutes en montagne (alpiniste chevronné, il vécut lui-même une EMI lors d'un accident de montagne), de blessés de guerre allemands en 1870 (hôpital militaire de Hambourg), d'ouvriers tombés d'échafaudages et de toits, de mineurs et d'autres accidentés. Heim (1892) constate :

> « Pour la grande majorité de ces personnes, probablement pour 95 %, le même phénomène se produit, indépendamment de leur niveau d'instruction, bien que ressenti à des degrés un peu différents. Face à la mort due à un accident soudain, le même état mental intervient chez presque tous — à savoir un état tout à fait différent de celui se produisant lors d'une mort moins soudaine. Cet état peut être décrit comme suit : aucune douleur, aucune frayeur paralysante comme celle survenant lors de dangers mineurs (incendie, etc.), aucune peur, aucune trace de désespoir, aucun tourment, plutôt une gravité tranquille, une résignation profonde, une assurance mentale dominante et la rapidité. L'activité de la pensée est énorme, probablement accélérée à une vitesse et à une intensité centuplées, la situation et son dénouement sont évalués de manière objective et claire, aucune confusion ne survient. Le temps semble fortement dilaté. On agit de manière fulgurante et on pense juste. Dans de nombreux cas se produit une revue soudaine de l'ensemble de son passé. À la fin, la personne qui chute entend souvent une belle musique et tombe ensuite dans un ciel bleu magnifique orné de petits nuages roses. Subséquemment, la conscience s'éteint sans douleur — habituellement au moment de l'impact qui tout au plus peut être entendu mais qui n'est jamais douloureux. De tous les sens, c'est probablement l'ouïe qui s'éteint en dernier. »

Le chercheur décrit la revue de vie qu'il expérimenta lors de son EMI qui se produisit en 1871 dans une montagne suisse lorsqu'il chuta et atterrit blessé dans la neige.

> « [Pendant la chute], je vis comme mes proches reçurent l'annonce de ma mort et je les consolai en pensée. Ensuite, depuis une certaine distance, je vis comme sur une scène de théâtre le déroulement de l'ensemble de ma vie en de nombreuses images. Je me vis moi-même en acteur principal. Tout était comme transfiguré par une illumination céleste, tout était beau et sans douleur, sans peur et sans aucune tourmente. Même les souvenirs de certains événements tragiques étaient précis mais pourtant pas tristes.

© InterEditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

> Il n'y eut ni combat ni dispute, même le combat s'était transformé en amour. Des pensées sublimées et réconciliées prédominaient et reliaient toutes les images individuelles, et une quiétude divine parcourut mon âme comme une musique sublime. Je fus entouré de plus en plus d'un ciel bleu magnifique garni de petits nuages de couleur rose et surtout d'un violet délicat » (Heim, 1892, p. 335).

Heim s'avance en écrivant que la mort effective se produit de manière identique :

> « Ceux qui ont subi de tels accidents mais qui ont échappé de justesse à la mort ont déjà ressenti la même chose que ceux qui sont restés morts. On peut le supposer très fortement dans tous les cas où un état inconscient est intervenu. Pour le ressenti, l'inconscience et la mort sont parfaitement identiques » (Heim, 1892, p. 328).

Trois quarts de siècle après, le formidable succès de l'ouvrage *La Vie après la vie* que Raymond A. Moody publia en 1975 démontra l'intérêt du public pour les EMI. En 1980, les Américains Kenneth Ring, professeur de psychologie, Bruce Greyson, professeur de psychiatrie et John Audette, sociologue, décidèrent de créer une association internationale pour l'étude des expériences de mort imminente. IANDS USA[1] vit le jour en février 1981 à l'université du Connecticut. La mise en place de cette structure permit de récolter des données de recherche sur une large échelle et plusieurs programmes d'investigation furent lancés à travers le pays. Un grand nombre de témoignages d'expérienceurs constituèrent bientôt une riche base de données qui servit de point de départ à une recherche scientifique rigoureuse et diversifiée. Dans les traces des pionniers, de nombreux chercheurs de renom appartenant à différentes disciplines et localisés dans divers pays continuent à étudier ce phénomène et ses implications. La revue scientifique *Journal of Near-Death Studies*[2], publiée initialement en 1981 sous le titre *Anabiosis*, présente les travaux de recherche les plus prestigieux.

1. International Association for Near-Death Studies.
2. *Journal of Near-Death Studies*/International Association for Near-Death Studies IANDS.

Méthodologie

La recherche consiste en premier lieu à recueillir des témoignages d'EMI selon des protocoles standardisés et à les traiter statistiquement et qualitativement à travers une approche pluridisciplinaire. Plusieurs outils d'évaluation ont été mis au point (voir encadré).

Outils d'évaluation

- L'échelle EMI de Ring de 1980 (*Ring's Weighted Core Experience Index WCEI*) (Ring, 1980, p. 32-37).
- L'inventaire des changements de vie de Ring (*Life Changes Inventory*) de 1984, révisé avec la collaboration de Greyson en 2004 (Greyson, Ring, 2004).
- L'échelle EMI de Greyson (*Greyson's NDE Scale*) de 1983, révisée en 1990, constituée de quatre composantes (cognitif, affectif, paranormal et transcendantal) (Greyson, 1983).
- Les douze caractéristiques d'EMI de Moody (1977).
- Les seize caractéristiques générales de Sabom (1982, p. 15-50).
- Les dix éléments d'EMI positives basiques de Gallup (Gallup, Proctor, 1982, p. 32).

À ce jour, des milliers de témoignages ont été recueillis, analysés et commentés par des chercheurs, notamment américains et européens. Ces données sont étudiées à la lumière des hypothèses psychiatrique, psychologique, pharmacologique, neurologique et neurophysiologique. Outre la typologie de l'expérience elle-même, ses conséquences psychologiques ont fait l'objet de nombreuses études scientifiques. La comparaison avec des expériences similaires permet de mieux comprendre la spécificité de l'EMI.

Recherches prospectives – Enquêtes néerlandaise et britannique

Les expériences de mort imminente ont acquis leur titre de noblesse dans le monde scientifique et une grande attention médiatique lors de la publication de la recherche menée par van Lommel *et al.* (2001) dans *The Lancet*.

Pim van Lommel et son équipe aux Pays-Bas ont réalisé une étude sur huit ans dans dix hôpitaux, au cours de laquelle ils ont interviewé

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

des personnes ayant subi un arrêt cardiaque. Cette étude prospective portait sur trois cent quarante-quatre cas de personnes qui furent réanimés avec succès après un arrêt cardiaque. Les chercheurs ont comparé les données démographiques, médicales, pharmacologiques et psychologiques pour les patients qui rapportèrent une EMI et pour ceux qui n'en rapportèrent pas (groupe contrôle) après la réanimation. Pour les besoins d'une étude longitudinale portant sur les changements de vie consécutifs à l'EMI, les deux groupes furent comparés après deux ans et huit ans. Les résultats indiquent que soixante-deux patients (18 %) signalèrent une EMI, dont quarante et un (12 %) décrivirent une expérience particulièrement profonde (*core experience*). Il ressort de cette étude que la survenue de l'expérience n'était pas liée à la durée de l'arrêt cardiaque, à une perte de connaissance, à la médicamentation administrée ou à la peur de la mort avant l'arrêt cardiaque. Les chercheurs indiquent que si on partait d'une explication purement physiologique telle que l'anoxie cérébrale, alors la majorité des patients cliniquement morts auraient dû rapporter une EMI, ce qui n'était pas le cas. Une des spécificités de l'étude conduite par l'équipe de van Lommel a consisté à analyser les différentes mesures physiologiques disponibles et à essayer de les mettre en corrélation avec les EMI. Ils ont ainsi été capables de vérifier s'il y avait un lien entre le manque d'oxygène et l'occurrence d'une EMI. Ce n'était pas le cas. Ils ont étudié les différentes explications physiologiques qui sont habituellement avancées — la prise de médicaments, la fièvre, etc. Aucun de ces paramètres ne leur est apparu comme ayant un lien avec l'occurrence des EMI.

La première étude clinique longitudinale en Grande-Bretagne consacrée aux expériences de mort imminente fut menée par Penny Sartori qui travaille comme infirmière dans une unité de soins intensifs. Sur cinq ans, Sartori a mené des entretiens avec des patients ayant survécu à un épisode critique pour déterminer l'occurrence d'une EMI. L'échantillon fut divisé en trois catégories :

- les survivants d'une admission dans l'unité de soins intensifs sans qu'il soit tenu compte de leur proximité de la mort ;
- les survivants d'un arrêt cardiaque (par conséquent ils avaient été cliniquement morts pendant un laps de temps) ;

- les survivants qui n'avaient pas subi d'arrêt cardiaque mais qui rapportaient une EMI.

Le résultat de l'enquête indique que plus un individu est proche de la mort, plus il a de probabilité de vivre une EMI. Les descriptions des sorties hors du corps (OBE) étaient généralement exactes. Aucune influence démographique sur les EMI n'a été constatée. Les médicaments ont plutôt inhibé que provoqué l'EMI. L'étude mit à jour un cas particulièrement significatif (cas n° 10 de l'étude) rapportant une OBE corroborée suivie d'une profonde EMI ainsi que de la guérison inexpliquée d'une anomalie congénitale[1].

Les déclencheurs et type d'EMI

Bien que les recherches initiales indiquent que les raisons qui déclenchent la proximité de la mort ne déterminent ni le type d'EMI ni la probabilité de l'expérimenter, des recherches plus récentes suggèrent que des détails physiologiques peuvent jouer un rôle mineur. Greyson (1985) relève que des EMI caractérisées par des éléments cognitifs tels que la distorsion temporelle, l'accélération de la pensée et la revue de vie sont plus courantes lorsque l'individu se trouve au seuil de la mort de manière immédiate et inattendue que si la mort est prévisible. Alvarado (2007) constate que les EMI consécutives à un arrêt cardiaque ressemblent à des expériences de sortie hors du corps (OBE), tandis que les EMI sans arrêt cardiaque s'apparentent davantage à des états de dépersonnalisation pendant lesquels l'individu ressent sa propre irréalité ou celle de son corps. Twemlow, Gabbard et Coyne (1982) relèvent que les EMI expérimentées lors d'une intoxication sont ressenties comme étranges ou confuses, telles une hallucination.

Owens, Cook et Stevenson (1990) soulignent que, bien que tous les éléments d'une EMI puissent être expérimentés par des individus qui se sentent proches de la mort sans l'être réellement, certains éléments tels que la rencontre avec l'être de lumière, des fonctions

1. Thèse de doctorat menée sous la supervision de Peter Fenwick PhD et du professeur Paul Badham, directeur du Alister Hardy Religious Experience Research Centre, University of Wales, Lampeter, UK. Le cas n° 10 de l'enquête est publié dans le *Journal of Near-Death Studies*, 2006, 25(2), p. 69-98.

© InterEditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

cognitives accrues et des émotions positives sont plus courants chez les individus qui se trouvaient réellement proches de la mort.

La proximité effective de la mort semble être un facteur encore plus significatif quand il s'agit d'EMI chez les enfants. L'étude de Morse *et al.* (1986) indique que, bien que des EMI soient constatées chez la moitié des enfants survivants de maladies critiques, tel n'était pas le cas chez les enfants souffrants de maladies sérieuses mais qui n'étaient potentiellement pas fatales. Notons que ce chiffre est très nettement supérieur à celui constaté chez des adultes.

Greyson (2003) mena une importante étude aux États-Unis portant sur mille cinq cent quatre-vingt-quinze patients admis dans les unités de cardiologie avec des troubles cardiaques. 10 % des survivants d'un arrêt cardiaque avaient vécu une EMI et Greyson constata que plus la maladie était sérieuse, plus grande était la probabilité de l'occurrence d'une EMI. Les patients qui avaient vécu une EMI sans arrêt cardiaque rapportèrent moins de sensations de lumière, des fonctions cognitives moins accrues pendant l'expérience et des émotions moins positives. Fenwick (2005) conclut que, dans une unité de soins intensifs, on peut s'attendre à trouver 1 % d'EMI chez les patients sans arrêt cardiaque contre 10 % chez les patients avec arrêt cardiaque.

Un quart des huit cents expérienceurs qui ont confié leur récit à IANDS USA n'étaient ni proches de la mort ni cliniquement morts lors de l'EMI mais dans une situation émotionnelle intense, en train de prier, de méditer ou de dormir tandis que d'autres se trouvaient dans un état de conscience habituel lors de l'épisode. Il s'agit donc d'expériences apparentées aux EMI[1]. Les 75 % restant pensent avoir été proches de la mort, en danger de mort ou cliniquement morts (Migliore, 2007).

La recherche indique clairement que la proximité de la mort n'est pas la seule circonstance dans laquelle les EMI se produisent. Fenwick et Fenwick (2005) ont reçu deux mille témoignages lors d'une vaste enquête entreprise en 1987 dont cinq cents expériences particulièrement profondes (*core experience*) retenues pour l'enquête. L'un des aspects étudiés concerne les circonstances qui amènent les

1. *http://www.iands.org/nde_index/ndes/key_facts_about_near-death_experiences.html.*

personnes à vivre une EMI. 37 % des personnes étaient sous médicaments au moment de l'expérience contre 63 % qui ne l'étaient pas. L'argument que les EMI sont induites par les médicaments n'est donc pas valide. Deux tiers des EMI sont survenus pendant une maladie, une opération chirurgicale, un accouchement ou un accident. 2 % étaient la conséquence d'une tentative de suicide et 20 % ont eu lieu en d'autres circonstances, y compris des états d'anxiété, des rêves, des états de relaxation ou spontanément dans le cours normal de la journée.

Perceptions véridiques : à la recherche de la preuve irréfutable

La controverse portant sur la question de savoir si les EMI sont des épiphénomènes d'un cerveau mourant ou des manifestations se produisant en dehors du corps physique n'a pas trouvé de réponse définitive à ce jour.

Fox (2003) souligne :

> « Ceci doit être dit haut et fort : vingt-cinq ans après l'invention de l'expression "expérience de mort imminente", il manque la preuve irréfutable que quelque chose quitte effectivement le corps pendant ces expériences. À ce jour, et jusqu'à preuve du contraire, aucun chercheur n'a pu fournir des preuves au-dessus de tout soupçon étayant une telle affirmation. »

Fenwick et Fenwick (1995) s'interrogent pourtant :

> « Comment se fait-il que cette expérience cohérente et hautement structurée se produise parfois dans un état inconscient, quand une séquence organisée des événements dans un cerveau désordonné est inconcevable ? On est bien obligé d'arriver à la conclusion que, soit la science a manqué un lien fondamental qui expliquerait comment des expériences structurées peuvent surgir dans un cerveau désorganisé, soit certaines expériences sont transpersonnelles, c'est-à-dire dépendent d'un esprit qui n'est pas lié inextricablement au cerveau. »

La recherche sur les EMI se trouve confrontée à un phénomène qui, pour sa phase transcendantale, ne peut être observé par les moyens scientifiques habituels. En ce qui concerne la phase définie comme autoscopique par Sabom cependant, c'est-à-dire les événements qui se produisent dans le monde physique, des vérifications peuvent être effectuées et les témoignages corroborés.

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Ainsi, les chercheurs s'intéressent particulièrement aux « perceptions véridiques » — en d'autres termes aux événements qui se produisent pendant que les expérienceurs sont notamment inconscients, dans le coma, sous anesthésie, en arrêt cardiaque (donc en état de mort clinique) — dont il paraît impossible qu'ils puissent avoir connaissance par les voies sensorielles habituelles et qu'ils décrivent pourtant avec précision et pertinence. Selon eux, ils ne se trouvaient pas dans leur corps pendant l'épisode (OBE). On parle de perceptions véridiques quand les témoignages sont corroborés par des tiers fiables.

Pour les EMI se produisant en état d'arrêt cardiaque, certains s'interrogent pour savoir si l'expérience s'est produite pendant que l'électroencéphalogramme était plat ou pendant le retour à la conscience quand le cerveau a regagné ses fonctions. S'agit-il de vrais souvenirs ou de reconstructions à partir d'informations recueillies pendant la période d'inconscience ou au moment du retour à la conscience ? Le témoignage de l'EMI se situe forcément dans une phase ultérieure, qu'en est-il de l'expérience elle-même ?

Fox (2003) constate :

> « Le fait que les témoignages des expérienceurs soit reconstitués rétrospectivement [...] éveille le soupçon que ce dont ils se souviennent de leur expérience — et qu'ils relatent — puisse en effet être différent de ce qu'ils ont *vraiment* expérimenté pendant leur crise de mort imminente. [...] Ce qui est mémorisé d'une expérience ou d'une situation peut ne pas correspondre effectivement à ce qui a été vécu *à ce moment*. »

Le neuropsychiatre Fenwick (2005) s'accorde avec Fox et souligne qu'il est décisif de déterminer si les EMI se produisent avant l'état inconscient, pendant l'état inconscient, pendant le retour à l'état conscient ou après le retour à l'état conscient :

> « Ces questions sont absolument cruciales, non seulement pour la recherche sur les EMI mais également pour les neurosciences dans leur ensemble, car elles se trouvent face à un mur. Le problème est que les neuroscientifiques ne savent pas ce qu'est la conscience et qu'ils ne disposent d'aucune théorie pour expliquer sa nature. Ceci vient du fait que notre science est la science du monde extérieur, un reliquat de l'époque de la Renaissance, elle ne sait pas gérer l'expérience subjective ou la conscience. C'est le défi majeur que les neurosciences doivent affronter aujourd'hui et il se pourrait bien que la recherche sur les EMI soit l'un des moyens qui permettra de combler le "vide de la conscience" des neurosciences. »

Le cas de Pam Reynolds

Il s'agit sans doute du cas le plus spectaculaire recensé à ce jour, corroboré et documenté de manière exemplaire. Afin d'enlever un anévrisme situé profondément dans son cerveau et qui menaçait sa vie, Pam Reynolds a subi une intervention chirurgicale rare consistant à la plonger artificiellement en état de mort clinique afin de la placer en état d'hypothermie, de stopper sa circulation sanguine puis de drainer son sang à l'extérieur du corps afin de pouvoir intervenir sur la partie du cerveau où se situait l'anévrisme. Pam Reynolds rapporte être sortie de son corps et avoir vécu une EMI complète, durant le laps de temps où son corps se trouvait sur la table d'opération en état d'hypothermie avancée (15,5 degrés Celsius) alors qu'elle n'avait plus une goutte de sang dans le corps, que tous les instruments indiquaient qu'elle était morte depuis de longues minutes et que notamment plus aucune activité électrique n'était décelée dans son cerveau que le Dr Spetzler était précisément en train d'opérer. Pam rapporta avoir entendu le bourdonnement de la scie qui lui ouvrait la boîte crânienne et commença à observer la procédure chirurgicale depuis une perspective située au-dessus de l'épaule de son chirurgien. Elle rapporta plusieurs détails avérés du déroulement de l'opération et décrivit même avec exactitude l'instrument chirurgical utilisé par le docteur Spetzler, instrument tout à fait inhabituel.

Le cas d'un patient hollandais

Van Lommel (2008) rapporte un cas de perception véridique décrit par une infirmière hollandaise.

« Une nuit, une ambulance amena à l'unité de soins coronariens un homme de 44 ans en état comateux. Quand nous l'avons intubé, nous avons vu qu'il portait un dentier. Je l'ai enlevé et posé sur un chariot [...]. Plus d'une semaine après, j'ai revu ce patient qui entre-temps avait pu intégrer la section des patients cardiaques. À l'instant où il me vit il dit : "Ah, c'est l'infirmière qui sait où se trouve mon dentier !" J'étais très étonnée, alors il expliqua : "Vous étiez là quand j'ai été amené à l'hôpital et c'est vous qui avez enlevé mon dentier et l'avez posé sur ce chariot qui contenait beaucoup de bouteilles et un tiroir coulissant en dessous. C'est là où vous avez posé mes dents". »

Le cas de la chaussure de tennis qui fit le tour du monde

La première perception véridique décrite dans la littérature professionnelle fit couler beaucoup d'encre et capta l'attention du grand public. Kimberly Clark Sharp (1995) travaillait comme assistante sociale à l'hôpital

© InterEditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

> Harborview à Seattle (États-Unis) quand une patiente nommée Maria fut amenée en état inconscient après un arrêt cardiaque. Sharp la visita le lendemain dans sa chambre d'hôpital quand Maria lui raconta qu'elle avait quitté son corps la veille lors de son arrivée et avait flotté au-dessus de l'hôpital. Elle voulait à tout prix prouver qu'elle avait réellement quitté son corps et qu'elle n'était pas folle. Elle expliqua alors qu'elle avait vu une chaussure de tennis usée de couleur bleu foncé située sur le rebord extérieur d'une fenêtre à l'extrémité de l'hôpital. Sharp ne la crut pas mais voulut néanmoins l'aider. Elle se rendit donc devant le rebord de fenêtre indiqué par Maria, appuya son visage contre la fenêtre scellée et vit une chaussure de tennis qui correspondait parfaitement à la description de Maria.

Des recherches de grande envergure sont actuellement en cours dans des institutions hospitalières de plusieurs continents dans le but de collecter des données qui valideraient, ou infirmeraient, l'hypothèse que la conscience peut réellement quitter momentanément le corps dans certaines situations extrêmes et percevoir des cibles qu'il serait impossible de détecter depuis la perspective du corps. Ces recherches sont supervisées par le docteur Sam Parnia du Weill Cornell Medical Centre à New York.

Soulignons que c'est bien la séparation momentanée de l'esprit et du corps qui intéresse les chercheurs et non l'hypothèse de la survie après la mort qui appartient à d'autres disciplines. Pour Ring (1990), « nous, chercheurs sur les EMI, sommes pratiquement unanimes à souligner que ces expériences ne suggèrent en aucune manière l'existence d'une vie après la mort ».

Grosso (1983) ajoute avec un certain regret :

> « La recherche sur les EMI n'a pas abordé la question de la survie. Les données des EMI ont été traitées sous l'angle phénoménologique ou analysées statistiquement par rapport à certaines variables. Mais les chercheurs n'ont pas examiné les données en tenant spécifiquement l'hypothèse de survie à l'esprit. »

Potts (2002) écrit que les EMI suggèrent la possibilité d'une vie *post mortem* sans pour autant fournir des preuves irréfutables. Il ajoute que cette expérience représente cependant une preuve décisive *pour l'individu qui l'a expérimentée*. Puisque les EMI sont des expériences subjectives, difficiles à vérifier, il propose que les futures recherches se concentrent sur les perceptions véridiques pendant l'EMI qui sont susceptibles de fournir des preuves de la survie de la conscience.

Greyson (2007) a examiné les articles publiés pendant le quart de siècle d'existence du *Journal of Near-Death Studies* et constate « que plus de 90 % des contributeurs considèrent que la question de la survie ne s'applique pas aux témoignages des EMI ou est éloignée de leur propre intérêt pour ce phénomène ».

Les différentes hypothèses d'interprétation

Plusieurs auteurs ont proposé des hypothèses pour expliquer les EMI à partir des connaissances scientifiques actuelles, dans le but principal de les démystifier. Aucune ne peut cependant rendre compte de l'ensemble des contenus rapportés par les témoins.

Défense psychologique

Pfister (1930) a interprété les EMI comme un système de défense psychologique contre la menace de la mort, sous-entendant que l'ensemble de l'expérience soit un produit de l'imagination, bâti sur les attentes culturelles du sujet. Pourtant, bien qu'il y ait des éléments de l'EMI liés à la culture de l'individu, les expérienceurs rapportent souvent des vécus qui sont en conflit avec leurs conceptions ou croyances personnelles vis-à-vis de la mort. De plus, note Greyson, des personnes qui n'avaient jamais rien lu ou entendu sur les EMI avant leur expérience rapportent des contenus très similaires à ceux qui étaient familiers avec ces récits. Le même cas de figure se présente pour les enfants.

Dissociation

Les troubles dissociatifs décrits en psychiatrie caractérisent un état pathologique dans lequel les perceptions, souvenirs, idées, émotions, etc., cessent d'être rattachés au « moi ». Ils ont le plus souvent une origine traumatique (Janet, 1885). Le neurologue Olaf Blanke a par ailleurs provoqué des sensations de « sortie hors du corps » en stimulant une zone du lobe temporal du cerveau (jonction temporo-pariétale) dont la fonction est d'intégrer les informations sensorielles. L'expérience ainsi produite est partielle — la personne se sent « décalée » et non séparée de son corps — et ne reproduit pas la richesse de contenu d'une EMI.

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Anoxie

La privation d'oxygène, anoxie ou hypoxie, est souvent avancée pour expliquer l'EMI. Sabom (1982) a pu mesurer les taux sanguins d'oxygène et de CO_2 de sujets pendant leur EMI et n'a pas mis en évidence d'effet quelconque. Cette hypothèse repose sur les observations réalisées chez les pilotes de chasse qui perdent parfois connaissance lorsqu'ils sont soumis à de fortes accélérations, ainsi que chez les alpinistes en très haute montagne, ou encore les plongeurs soumis à la narcose (ivresse des profondeurs, due à l'excès d'azote). Une vision de tunnel, de lumières, et la sensation de flotter hors de son corps ont été rapportées dans ces circonstances, mais l'expérience n'inclut pas de revue de vie ni la phase transcendante de l'EMI. Quand bien même l'anoxie serait corrélée à l'EMI, cela n'implique pas qu'elle en soit la cause.

Hallucinations

L'hypothèse de l'hallucination est souvent avancée, en lien avec l'utilisation de médicaments ou la libération de substances endogènes dans le cerveau. De nombreuses EMI sont cependant rapportées sans qu'il y ait eu administration de médicaments, ni aucun dysfonctionnement cérébral susceptible de produire des hallucinations. Les hallucinations ne laissent pas de souvenirs aussi marquants et durables qu'une EMI, et sont reconnues comme irréelles lorsque la personne retrouve un état de conscience normale. Les troubles cérébraux organiques produisent un état de conscience altéré, au contraire de la grande lucidité qui caractérise les EMI.

État de la recherche

Le nombre de questions irrésolues concernant le fonctionnement et la nature de l'EMI confirme sa complexité. Les modèles et théories médicaux, neurologiques, psychologiques et parapsychologiques développés à ce jour ne sont pas en mesure d'expliquer l'EMI dans sa globalité ni d'en éclairer toutes les composantes :

> « On évoque le manque d'oxygène dans le cerveau, les hallucinations provoquées par des médicaments ou encore des mécanismes de défense psychologique face à la menace de mort. Chacune de ces hypothèses peut

éventuellement expliquer une petite partie d'une EMI, mais aucune n'explique les perceptions avérées pendant une expérience hors du corps. Aucune n'explique comment on peut recevoir des renseignements exacts de la part de personnes décédées. Aucune n'explique le fait que la personnalité peut être profondément transformée par cette expérience. Nous savons ce qui arrive aux personnes qui ont des hallucinations provoquées par un manque d'oxygène ou par des médicaments, elles ne sont pas transformées comme le sont celles qui ont vécu une EMI. Et les personnes qui hallucinent ne rapportent pas de perceptions avérées après une expérience de sortie hors du corps. Il y a quelque chose de plus ici. Ces raisonnements matérialistes n'expliquent pas les expériences de mort imminente, c'est probablement pour cela qu'il est si difficile de faire accepter les EMI dans certains milieux, car nous ne disposons pas d'une théorie valable pour les expliquer. C'est reconnaître les faits que de dire que quelque chose sort du corps, perçoit véritablement, pense, et ressent des émotions, indépendamment du corps, mais nous ne savons pas de quoi il s'agit. Nous avons des termes religieux pour définir cette expérience, mais pas encore de vocabulaire scientifique » (Greyson 2008).

La recherche sur l'impact des EMI sur la vie des individus par contre commence à porter ses fruits puisqu'elle facilite leur intégration tant au niveau personnel que social. Le phénomène des EMI commence à être largement connu, sa médiatisation, bien que souvent sensationnaliste, permet une large information du public. Reste le défi de tirer toutes les conséquences et les bénéfices de cette expérience transcendantale, tant au niveau scientifique que philosophique.

Greyson (2003) résume l'état de la recherche :

« Aucun modèle physiologique ou psychologique n'explique à lui seul toutes les caractéristiques d'une EMI. L'occurrence paradoxale d'une conscience accrue et lucide et d'un processus de pensée logique pendant une période de fonctionnement cérébral détérioré soulève des questions particulièrement embarrassantes pour notre compréhension actuelle de la conscience et de sa relation au fonctionnement du cerveau. Un ressenti clair et des processus de perception fonctionnels pendant une période de mort clinique défient le concept que la conscience est localisée exclusivement dans le cerveau. »

Van Lommel (2004) le rejoint dans cette optique :

« La présomption que la conscience et la mémoire émergent d'une fonction cérébrale n'est pas prouvée, puisque, à ce jour, il n'y a aucune preuve scientifique qu'il existe un corrélat neuronal pour tous les aspects de l'expérience subjective. »

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

CONSÉQUENCES

C'est par les conséquences (*after-effects*) que l'expérience de mort imminente prend toute sa signification et sa vraie dimension. L'événement fulgurant, émotionnellement puissant et pourtant furtif que l'expérienceur a vécu déterminera toute son existence. L'EMI transforme profondément et durablement la personne qui l'a vécue. Chaque EMI est unique car liée au vécu de l'individu, mais elles se ressemblent toutes dans leur essence et leurs conséquences. Si la description de la partie transcendantale de l'EMI — bien que relatée avec une étonnante homogénéité par des milliers d'expérienceurs — reste invérifiable car basée sur des témoignages subjectifs, il en va autrement pour les transformations constatées chez ces personnes, caractérisées par une grande similarité à travers la diversité des expérienceurs.

Ce que Moody (1988) écrivait s'est confirmé au fil des ans :

> « Il existe un élément commun à toutes les expériences de mort imminente : elles transforment les individus qui les vivent. Après vingt ans d'intense implication avec les expérienceurs, j'attends toujours d'en rencontrer un qui n'aurait pas traversé une transformation très profonde et positive en conséquence de cette expérience. »

L'expérienceur est fragilisé car, ayant échappé de justesse à la mort, il a vécu un trauma majeur. Ce n'est pourtant pas la seule proximité de la mort qui explique ces transformations. Suite à son état de mort imminente, l'expérienceur se trouve souvent dans un état physique critique, conséquence de la maladie ou de l'accident qui l'ont amené à l'extrémité de la vie. En plus, il doit affronter un profond bouleversement psychologique qui s'étendra sur des années.

Le rapport au corps est également perturbé. Hoffman (1995) constate que « certaines personnes soulignent qu'il peut se passer un certain temps avant de se sentir de nouveau solidement ancré dans son corps physique ».

Dans de nombreux cas, les expérienceurs sont incapables de mettre un nom sur l'événement qu'ils viennent de vivre et pourtant ils ont l'intime conviction qu'il est essentiel pour eux. Nombre d'entre eux tentent d'en parler avec l'équipe médicale ou leur entourage et se heurtent trop souvent à de l'incompréhension.

En plus de leurs problèmes physiques, ces personnes sont alors marginalisées, isolées dans l'assimilation de cette expérience qu'elles pressentent comme capitale pour leur avenir. Cette difficulté s'amenuise à mesure que les EMI sont mieux connues par le grand public.

De manière générale, les expérienceurs souffrent du décalage entre leur nostalgie de cet état de sérénité, de liberté, de bonheur et d'amour absolu qu'ils ont vécu lors de l'EMI et la difficulté de se réinsérer dans un cadre familial et communautaire dont ils ne reconnaissent plus tout à fait les préoccupations et dont ils ne partagent plus vraiment les valeurs ni les aspirations. Commence alors un long cheminement vers une nouvelle façon de vivre qui pourra se mettre en place quand l'EMI sera complètement intégrée.

La transformation de l'expérienceur, caractéristique commune de toutes les personnes ayant vécu une telle expérience, ne s'installe pas au lendemain de l'EMI. Elle est le fruit d'une longue quête, semée d'interrogations, d'introspection et de vains essais de redevenir « comme avant ». Le temps moyen nécessaire à cette transformation intérieure est estimé à sept ans. Les nouvelles orientations de vie choisies sont multiples mais presque toujours engendrées par la volonté de se mettre au service de l'autre. La profonde modification de vie et de valeurs des expérienceurs est si flagrante qu'elle peut être facilement vérifiée et analysée. La quête d'une nouvelle manière de vivre est souvent compliquée par la nécessité ressentie comme impérative par l'expérienceur de trouver un sens à sa vie et de remplir la « mission » qui a justifié son retour au corps physique. L'expérienceur ne trouve la paix qu'au moment où il comprend et accepte cette nouvelle voie qui s'ouvre à lui.

La littérature professionnelle accorde une large place aux transformations des expérienceurs. Greyson (2006) résume les transformations principales :

> « [Les EMI] partagent avec les expériences mystiques un sens d'unité et d'harmonie cosmiques, la transcendance du temps et de l'espace, une humeur intrinsèquement positive, un caractère sacré, une qualité noétique ou une illumination intuitive, le caractère paradoxal, l'ineffabilité, le caractère éphémère et des conséquences [*after-effects*] positives et constantes. Bien qu'il n'existe aucune relation entre les EMI et les croyances religieuses antérieures à l'expérience, il y a des corrélations importantes entre la profondeur de l'EMI et les changements

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

> religieux après l'expérience. Les EMI transforment souvent les valeurs des expérienceurs, diminuent la peur de la mort et donnent un sens à leur vie. Elles provoquent le changement d'une conscience centrée sur l'ego vers une conscience centrée sur l'autre, une disposition pour l'amour inconditionnel, une empathie augmentée, un intérêt diminué pour les signes extérieurs de réussite et les biens matériels ainsi qu'une spiritualité renforcée. De nombreux expérienceurs deviennent plus empathiques et tournés vers la spiritualité. Ils sont convaincus que la mort ne doit pas être crainte, que la vie continue au-delà de la mort, que l'amour est plus important que les possessions matérielles et que tout arrive pour une raison. Ces changements répondent à la définition d'une transformation spirituelle en tant que *changement spectaculaire des croyances religieuses, de l'attitude et du comportement se produisant sur une période relativement courte*. »

Van Lommel (2008) résume les conséquences d'une EMI :

> « Une EMI est à la fois une crise existentielle et une intense leçon de vie. Les individus changent après une EMI car ils ont vécu l'expérience consciente d'une dimension dans laquelle le temps et la distance sont abolis, le passé et l'avenir entrevus, où ils se sentent complets et guéris et où ils expérimentent la connaissance illimitée et l'amour inconditionnel. Ces changements de vie prennent essentiellement source dans la prise de conscience que l'amour et la compassion pour soi-même, les autres et la nature constituent des conditions préalables majeures de la vie. Après une EMI, les individus se rendent compte que tout et tous sont connectés, que chaque pensée a un effet à la fois sur soi-même et les autres et que notre conscience perdure au-delà de la mort physique. Ils réalisent que la mort n'est pas la fin de toute chose. »

Ces changements peuvent être catégorisés comme suit :

- *d'ordre social* : la primauté de l'amour, l'empathie, l'importance accrue accordée aux relations interpersonnelles, la tolérance, l'entraide, l'assistance d'autrui ;
- *d'ordre matériel* : diminution ou abandon de l'attachement aux bien matériels, à la réussite professionnelle et financière, au statut social ;
- liés à la *conception de soi* : transformation de l'échelle des valeurs, confiance et estime de soi accrues, soif de connaissance, aspiration au développement personnel, notion d'une mission à remplir ;
- liés à la *conception de la vie* : joie de vie augmentée, un sens de la vie se dégage et s'intensifie au fil du temps, capacité de vivre intensément dans le présent, éveil spirituel, diminution ou disparition de la peur de la mort, certitude que la conscience

survit à la mort du corps physique, conviction de l'existence d'une réalité spirituelle.

- L'amour. L'amour et l'être de lumière sont indissociables aux yeux des expérienceurs. Ils disent avoir rencontré l'amour inconditionnel en présence de l'être de lumière et en restent à jamais marqués. De quelle émotion parle-t-on au juste ? Il ne s'agit pas du sentiment qui peut être authentique et profond, notamment l'amour parental, mais néanmoins fréquemment restreint et égoïste qui nous lie à quelques personnes, souvent de manière conditionnelle et intéressée. Les expérienceurs nous parlent d'autre chose, d'une émotion puissante et généreuse, d'une dynamique holistique et altruiste qui dépasse l'intérêt individuel. Pendant leur expérience, ils ont appris que, tout en restant eux-mêmes, avec leur personnalité et leur individualité, ils sont néanmoins étroitement connectés à tous les êtres humains, en continuelle interaction. Ce n'est que dans une extension de la conscience telle qu'elle semble se produire lors d'une EMI que les êtres humains peuvent se rendre compte qu'ils ne forment qu'un. Cette prise de conscience intensifie ou crée la capacité d'empathie et de compassion mais constitue également un défi important et parfois douloureux pour les proches de l'expérienceur, telle cette petite fille qui dit : « Depuis que maman aime tout le monde, elle m'aime moins. »

- Diminution ou perte de la peur de la mort. Comme il ressort de multiples études, la diminution ou la perte de la peur de la mort est une conséquence quasi universelle de l'EMI. Ce changement est un facteur essentiel dans la transformation des expérienceurs et une différence fondamentale entre les expérienceurs et les non-expérienceurs. Musgrave (1997) a effectué une enquête portant sur cinquante et un expérienceurs. À la question : « Depuis votre EMI, quels sont vos sentiments concernant la peur de la mort ? », les personnes sondées ont répondu comme suit : trente-cinq répondants (69 %) indiquaient qu'ils avaient perdu toute peur de la mort ; dix (20 %) rapportaient une peur de la mort diminuée ; huit (16 %) répliquaient qu'ils n'avaient jamais craint la mort ; et deux (4 %) ne constataient aucun changement. Un total de 89 % rapportait ainsi une diminution ou élimination de la peur de la mort, personne n'en rapporta une augmentation.

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

- Croyance en une vie après la mort. Pour ceux qui ont vécu l'expérience, l'existence d'une vie après la mort ne fait plus de doute. Cette conviction est issue de l'expérience d'avoir quitté son corps et d'avoir néanmoins gardé son identité. Les expérienceurs sont réticents à décrire la *forme* que cette nouvelle existence pourrait prendre et répondent généralement simplement qu'on y sera tous très heureux. La recherche confirme que près de 98 % des expérienceurs croient effectivement en l'existence d'une vie après la mort après leur EMI (Sutherland, 1990 ; Changes, 1982 ; Musgrave, 1997), quel que soit leur système de croyance antérieur. Il s'agit d'une conviction intime, d'une évidence née de l'expérience, d'une certitude inébranlable.

- Révérence pour la vie. Une fois l'expérience intégrée, les expérienceurs font état d'une grande révérence, nouvelle ou renforcée, pour la vie sous toutes ses formes. Ils font confiance à la vie et vivent intensément le présent. Le suicide n'est plus une option, y compris pour les personnes ayant déjà porté atteinte à leur vie, dans la mesure où elles sont convaincues que chaque existence a une signification et un dessein uniques et essentiels. Greyson (1986) a analysé le changement d'attitude de sujets suicidaires. Parmi soixante et un patients admis à l'hôpital suite à une tentative de suicide, seize patients (26,2 %) rapportaient une EMI consécutive de leur tentative. Contrairement à une certaine fascination pour la mort qui pourrait résulter d'une EMI, Greyson constate au contraire une nette réduction de l'idéation du suicide. Dans une étude portant sur cent cinquante expérienceurs et quarante-trois individus ayant frôlé la mort sans EMI (non-expérienceurs), Greyson (1992, 1993) constate que les expérienceurs ont paradoxalement exprimé des objections plus fortes contre le suicide que les non-expérienceurs, essentiellement sur la base de leurs croyances transpersonnelles ou transcendantales accrues.

- Spiritualité. Une caractéristique typique des expérienceurs est leur spiritualité sans cesse en évolution. Ils ne renoncent pas nécessairement à leurs croyances religieuses, dans la mesure où elles ne contrarient pas leurs convictions nouvellement acquises. Si tel est cependant le cas, ils leur tournent le dos sans hésitation ni regret.

Dans une étude comparant l'attitude des sujets avant et après l'EMI, Noyes (1980) releva une peur de la mort réduite, un sens de

relative invulnérabilité, l'impression d'avoir une importance ou une destinée particulières ainsi qu'une croyance accrue en une existence après la mort.

Ring (1980, 1984) constate que les expérienceurs expriment une plus grande appréciation de l'existence, qu'ils perçoivent un sens à la vie, ont plus de confiance et font montre de plus de flexibilité pour gérer les vicissitudes de la vie, accordent une plus grande place à l'amour et à l'entraide et moins d'importance au statut social et aux possessions matérielles. Ils témoignent de plus de compassion, d'une attitude plus spirituelle, et d'une nette diminution de la peur de la mort.

Van Lommel *et al.* (2008) ont examiné si les transformations seraient dues à l'EMI ou au fait d'avoir échappé de justesse à la mort. Cet aspect, parmi d'autres, a été analysé lors d'entretiens menés avec un groupe de survivants d'un arrêt cardiaque avec EMI et un groupe de contrôle de survivants d'un arrêt cardiaque sans EMI. Les entretiens se sont déroulés immédiatement après l'arrêt cardiaque et respectivement deux et huit ans plus tard :

> « En conclusion, nous pouvons dire que, huit ans après leur arrêt cardiaque, tous les patients avaient changé à bien des égards. Ils manifestaient plus d'intérêt pour la nature, l'environnement et la justice sociale, faisaient preuve de davantage d'amour et d'émotions, s'impliquaient plus fortement dans leur vie familiale et soutenaient les membres de leur famille. Cependant, les personnes qui avaient vécu une EMI pendant leur arrêt cardiaque continuaient d'être clairement différentes. En particulier, elles avaient moins peur de la mort et une plus grande croyance en une vie après la mort. Nous avons constaté un intérêt plus important pour la spiritualité et les questions liées au sens de la vie ainsi que davantage d'amour et d'acceptation d'eux-mêmes et des autres. Par ailleurs, elles appréciaient davantage les petites choses de tous les jours tandis que leur intérêt pour les biens matériels et le pouvoir avait diminué. Les survivants sans EMI ont démontré une baisse sensible de leur intérêt pour la spiritualité et une augmentation de la peur de la mort. »

Conséquences d'une EMI effrayante

Les expérienceurs de telles EMI se posent la question : pourquoi moi ? Qu'ai-je fait pour mériter une expérience effrayante si tant de personnes ont le privilège de vivre un épisode lumineux ? La tentation est grande de conclure que les actes commis et le style de vie menée sont à l'origine de cette expérience difficile. Par

© InterEditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

ailleurs, ces personnes craignent la mort plus qu'avant, au moins jusqu'à intégration complète de l'EMI qui, comme pour les EMI positives, constitue une priorité. Une fois l'intégration achevée, les personnes disent généralement que, sans l'EMI négative, elles n'auraient pas parcouru ce chemin de remise en question et de développement personnel et spirituel. Rommer (2000) constate que, bien que ces personnes se débattent avec les conséquences émotionnelles de leur EMI, elles la considèrent en fin de compte comme une « bénédiction masquée ».

Conséquences d'une EMI pour les enfants et les adolescents

Les enfants et adolescents, tout comme les adultes, traversent une transformation profonde et durable après une expérience de mort imminente. Leur statut familial leur laisse sans doute moins de liberté dans le réaménagement de leur vie que s'ils étaient adultes. Attachés à leurs parents par un lien de loyauté, d'amour et d'obéissance, ils peuvent se sentir très seuls au sein d'une famille dont ils ne reconnaissent plus vraiment les valeurs et les ambitions. Ils supportent difficilement de se ressentir comme différents des autres enfants et gardent leur expérience pour eux. Van Lommel (2008) renchérit :

> « Les enfants se souviennent des mêmes éléments d'EMI que les adultes et ils se différencient clairement de leurs pairs après l'expérience. »

Partant de l'hypothèse que l'être qui vit une expérience de mort imminente n'est plus conditionné par l'écoulement du temps, et donc par l'âge, l'information recueillie pendant l'EMI est la même pour tous, en d'autres termes, un enfant n'est plus un enfant pendant une EMI. Lors du retour dans son corps, il retrouve bien sûr le raisonnement et les capacités d'expression d'un enfant de son âge, mais les prises de conscience semblent les mêmes à tout âge. Les changements chez l'enfant s'installent lentement sur une longue durée. Dans une première phase, on peut constater un repli sur soi pendant la phase d'ajustement intérieur qui peut coïncider avec la récupération physique suite à l'événement qui a amené l'enfant au seuil de la mort. Les liens avec la famille se desserrent dans

la mesure où l'enfant passe d'une relation affective exclusivement centrée sur son entourage proche à une compassion plus globale et universelle. La sensibilité augmente ainsi que le désir d'aider et de réconforter les autres. L'enfant semble guidé par ses propres convictions spirituelles qui ne correspondent pas nécessairement à celles de son entourage ni de ses pairs. Cette phase est critique, notamment pour les adolescents, dans la mesure où la disparité des valeurs les décourage et peut les exposer à divers risques (alcool, drogue). Dans cette phase de découragement, l'écart entre la beauté de l'EMI et la réalité du monde se fait sentir douloureusement.

Les adolescents, comme les adultes, développent une grande soif de connaissance qui ne correspond pas pour autant à la réussite scolaire qui leur est demandée et qui peut leur paraître secondaire, voire absurde. Un désinvestissement peut en résulter avec toutes les conséquences que le jeune doit subir. De manière générale, la compétitivité et le succès individuel sont abandonnés au profit d'une œuvre collective et rassembleuse.

Manifestation de capacités extrasensorielles suite à l'EMI

Un grand nombre d'expérienceurs, entre 55 % et 89 % suivant les études (Sutherland, 1989 ; Greyson, 1983 ; Ring, 1984 ; Migliore, 2007) développent des capacités extrasensorielles suite à une EMI (*cf.* chapitre 11). Ces aptitudes nouvellement apparues comprennent aussi bien la télépathie, les visions prémonitoires ou prophétiques, la capacité de voir à distance ou de deviner les pensées d'autres personnes que la faculté de diagnostiquer des maladies et même d'en guérir certaines. Il arrive qu'un expérienceur voie l'apparition d'une personne qui lui est proche au moment du décès de celle-ci. Pendant une EMI, il semble qu'un accès soit ouvert vers un état de conscience élargi dans lequel une réalité plus vaste, transcendant le temps, l'espace et la matière, engloberait la réalité ordinaire. On peut supposer que cet accès ne se referme pas totalement auprès l'expérience, facilitant l'occurrence des phénomènes psychiques. L'hypothèse peut être avancée que tous les êtres humains possèdent ces mêmes capacités à l'état latent et qu'il suffit d'un élargissement de la conscience, comme cela se produit lors d'une EMI, pour activer ce potentiel naturel inhérent à la condition humaine.

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

L'occurrence soudaine de cette intuition accrue peut être assez problématique, car les individus ont subitement une sensation très aiguë des autres qui peut s'avérer impressionnante. Ils peuvent également expérimenter la clairvoyance, des phénomènes de prémonition et des visions. Ces sensations intuitives peuvent atteindre des degrés assez extrêmes quand les personnes « sentent » les émotions d'autrui ou quand elles pressentent la mort proche de quelqu'un qui se confirme généralement (Van Lommel, 2008).

Ces capacités psychiques ne semblent pas préexistantes à l'EMI. Sutherland (1989) a examiné la fréquence des phénomènes psychiques et les croyances relatives avant et après une EMI. Les expérienceurs interrogés ne rapportèrent pas plus de phénomènes psychiques que la moyenne de la population avant leur EMI. Elle trouva une augmentation significative de capacités extrasensorielles après l'expérience pour quatorze des quinze critères examinés.

Liester (1998) a examiné les communications intérieures qui se produisent parfois suite à une EMI :

> « Bien que ces communications intérieures ressemblent dans une certaine mesure aux hallucinations liées aux maladies mentales, elles se distinguent par leur effet primordialement positif, contrairement aux hallucinations dues aux maladies mentales qui sont majoritairement négatives. »

Il analysa trois cas de ce type et constate :

> « Les communications intérieures qui se produisent après une EMI peuvent se présenter sous forme de voix intérieures, de mouvements involontaires, d'écriture automatique, d'une sensation d'énergie ou de vibrations dans le corps, de musique intérieure, de réactions émotionnelles hors contexte et d'une connaissance intérieure qui n'est pas attribuée aux sens ou à l'intellect. »

Compte tenu de l'effet positif de ces communications intérieures, Liester propose une alternative à l'explication pathologique :

> « Une alternative consisterait à dire que cette guidance intérieure est une forme d'intuition. Une intuition est définie comme "une perception directe d'une vérité, d'un fait, etc., indépendamment d'un processus de raisonnement ; une compréhension immédiate". L'augmentation des capacités psychiques suite à une EMI pourrait résulter d'un changement de l'état de conscience habituel qui permettrait un accès facilité au potentiel intuitif latent. Moins l'individu s'identifie avec son ego, plus grand est l'accès à la guidance intuitive. »

Manifestation de capacités extrasensorielles suite à une EMI chez l'enfant

L'augmentation de l'intuition et de la sensibilité psychique isole les enfants de leurs pairs. Sutherland (1995) effectua une enquête portant sur vingt-six EMI d'enfant et indique au sujet des manifestations extrasensorielles :

> « Les quatorze enfants rapportèrent un large éventail de phénomènes psychiques expérimentés depuis l'EMI, allant d'expériences plaisantes et ludiques à des épisodes beaucoup plus perturbants. Cinq d'entre eux expérimentèrent un contact avec un membre de la famille décédé, tandis que d'autres décrivirent des anges gardiens et divers autres visiteurs spirituels. »

Certains enfants rapportèrent des sorties hors du corps (OBE), des rêves lucides ou prémonitoires, d'autres témoignèrent d'une grande affinité avec la nature et de leur envie de protéger les arbres et mêmes les pierres.

Changements physiologiques

Les changements physiologiques après une EMI sont fréquents mais relativement peu étudiés. Parmi les plus communs figure une sensibilité accrue à la lumière et au bruit qui peut poser des problèmes dans la vie de tous les jours. Des déferlements d'énergie dans le corps sont décrits, identifiés comme des montées de kundalini par les spécialistes. Une sensibilité électrique et électronique accrue est très commune et complique le quotidien des expérienceurs puisque leur seule présence semble dérégler ces appareils. Des montres-bracelets s'arrêtent, les microphones crissent, les magnétophones lâchent, les chaînes de téléviseurs permutent toutes seules, les ampoules s'éteignent, les disques durs des ordinateurs s'effacent, etc. Ces phénomènes semblent se produire surtout dans la phase d'intégration de l'EMI et diminuent par la suite. Des changements de l'alimentation, de l'hygiène de vie et du cycle du sommeil sont également signalés.

Conséquence des EMI pour les non expérienceurs

Ring et Elsaesser-Valarino (2007) se sont intéressés à l'impact des EMI sur les non-expérienceurs, c'est-à-dire sur la grande majorité

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

des populations. Il s'avère que la simple exposition au matériel EMI produit des effets positifs similaires, bien qu'à un degré moindre, que ceux identifiés chez les expérienceurs. Les chercheurs constatent :

> « Quand nous passons de la perspective extérieure de la mort — celle où la grande faucheuse règne — à la perspective intérieure, là où nous *expérimentons* l'instant de la mort, alors toutes nos peurs se dissipent et nous rencontrons un amour aussi irrésistible et accueillant qu'incomparable [...] Ceux d'entre nous qui ont entendu ces récits commencent par s'émerveiller de leur message mais, peu à peu, nous nous apercevons qu'ils sont entrés dans notre psyché et ont modifié notre conception de la mort qui n'a dès lors plus de place pour la grande faucheuse. En effet, quand nous pensons à la mort, nous pensons à une lumière aimante. »

Kellehear et Irwin (1990) ont examiné les croyances et attentes de cinq cent huit Australiens de la population générale concernant les premières cinq minutes après leur décès. Il ressort de l'étude qu'une minorité substantielle s'attend à expérimenter les éléments principaux de l'expérience de mort imminente. Ces éléments étaient cités plus souvent que les images bibliques.

Dans une autre enquête, Kellehear et Heaven (1989) ont demandé à cent soixante-treize personnes d'une communauté australienne leur avis sur les EMI. Les personnes sondées étaient invitées à lire une description d'une EMI fictive et à choisir une réponse dans un ensemble d'explications proposées. 57 % des personnes estimaient que les EMI prouvaient l'existence d'une vie après la mort tandis que 2 % pensaient que les EMI étaient la conséquence d'une maladie mentale. Les femmes, les jeunes et ceux qui croyaient en une vie après la mort avaient globalement un avis plus favorable sur l'EMI.

Dans une optique plus globale, Kellehear (1996) estime que les EMI fournissent des images de la vie après la mort qui contribuent à la transformation des individus. Il ajoute qu'elles offrent des « solutions » au problème de la mort qui sont précieuses autant pour les individus que pour leurs communautés. À travers l'histoire, les EMI ont façonné de manière créative les croyances religieuses et ont ainsi contribué à la santé psychologique. Parfois, elles ont fourni des images qui précédaient des changements formels de la théologie. McClenon (1991, 1994, 2005) observe que les EMI « façonnent les croyances populaires sur la vie après la mort ».

RÉPONSES THÉRAPEUTIQUES

Le témoignage

Le tout premier problème qui se pose à l'expérienceur après son EMI est celui du partage. Veut-il la partager ? avec qui ? à quel moment ?

Veut-il partager son expérience ? Les expérienceurs se voient confrontés à un dilemme : d'une part, ils se sentent poussés à témoigner par l'envie de partager leur expérience et le besoin de validation. Ce besoin est plus urgent chez les personnes qui ne connaissant pas le phénomène des EMI que chez celles qui en avaient déjà connaissance avant de vivre leur propre expérience. D'autre part, ils se mettent en situation de vulnérabilité par le partage d'un vécu intrinsèquement intime et important et pressentent le danger d'un témoignage susceptible d'être mal reçu. Beaucoup choisissent de se taire et en assument les conséquences. Pennebaker (1989) souligne en effet que l'inhibition d'une expérience de vie significative et porteuse d'émotions puissantes agit comme un facteur cumulatif de stress sur la durée, tant sur le plan physique que psychique.

Les expérienceurs d'EMI négatives doivent faire appel à un grand courage pour témoigner. Ils craignent autant de revivre la détresse de l'EMI lors du témoignage que d'être jugés négativement par leurs interlocuteurs. Souvent, ils ont honte d'avoir vécu un épisode si négatif comparé aux EMI « positives » devenues si populaires.

Avec qui partager l'EMI ? Les expérienceurs qui ont décidé de partager leur vécu choisissent leur interlocuteur en évaluant instinctivement son ouverture d'esprit, sa capacité d'écoute et de compréhension. La recherche montre qu'une réception négative, même par une seule personne, peut être désastreuse pour l'expérienceur, surtout immédiatement après l'EMI, et l'amener à ne plus jamais en parler. Ainsi, le choix de l'interlocuteur est crucial. Dans un cadre hospitalier, les expérienceurs s'adressent généralement à leurs proches, aux soignants, plus rarement aux médecins ou aux aumôniers. Par le passé et faute d'information, les infirmières ont souvent répondu à leurs patients que leur expérience était due aux médicaments. Quant aux proches, quelque peu déstabilisés par ces

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

récits insolites, ils ont pu répliquer qu'il s'agissait peut-être d'un rêve, condamnant l'expérienceur à un silence parfois définitif.

Il arrive fréquemment que des personnes ne révèlent leur expérience que des années plus tard dans le seul but de rassurer un proche confronté à une mort imminente ou à un deuil. Hoffman (1995) relate le cas d'une femme qui témoigna dix ans après son EMI pour aider une amie dont l'enfant était en train de mourir : « Je devais tout mettre en œuvre pour ne pas être rejetée. Je devais m'assurer qu'elle m'écouterait. Et je devais surmonter la difficulté de parler [de mon expérience] après m'être tue pendant si longtemps. »

À quel moment témoigner ? La réponse est individuelle : pour certains, leur état physique critique ne permet pas un témoignage immédiat, d'autres sont si bouleversés par la force de l'expérience qu'ils ne réussiront à en parler que beaucoup plus tard. D'autres encore, ébranlés jusqu'au plus profond de leur être et quasi euphoriques, veulent partager la beauté de leur vécu au plus vite avec leur entourage et, peu attentifs aux signaux de disponibilité, peuvent se tromper d'interlocuteur ou de moment propice à la confidence.

Comment recevoir le récit ?

Il est essentiel de laisser l'expérienceur définir les modalités de son témoignage, en une seule fois ou par bribes, devant plusieurs personnes ou en tête-à-tête. L'interlocuteur aidera l'expérienceur en le laissant terminer son récit, sans l'interrompre avec des questions intermédiaires ou des expressions d'étonnement ou d'incrédulité. Il est recommandé de laisser l'expérienceur décider du rythme de son récit, qui peut être long et très émotionnel, interrompu par des regards au lointain, des larmes et des moments de silence. Les silences ne sont pas des temps morts mais des moments significatifs, liés à l'ineffabilité de l'EMI, il faut les respecter. Le récepteur écoutera patiemment et attendra que les pièces du puzzle s'ajustent petit à petit au fil du récit qui peut-être dissolu, saccadé, hésitant, voire frustrant pour l'expérienceur qui ne trouve pas les mots justes pour décrire son vécu et exprimer ses émotions.

L'attitude des soignants comme des proches est essentielle et peut déterminer l'évolution future de l'expérienceur. Cette réponse doit tout d'abord être caractérisée par une *écoute* encourageante et sans

préjugé ni jugement. Pennebaker et Susman (1988) et Pennebaker (1990) soulignent que « des effets négatifs, dévastateurs sur le plan personnel, peuvent survenir si une personne est rejetée lors de révélations importantes ».

L'ineffabilité

Le témoignage d'une EMI, qui est plus proche d'une révélation tant elle est intime et importante pour l'expérienceur, pose le problème de l'ineffabilité. Comme toute expérience mystique ou transpersonnelle, elle ne peut être restituée que très partiellement. Les expérienceurs constatent que les mots sont inadéquats et qu'il est impossible de décrire leurs émotions de manière précise provoque frustration et résignation. Knoblauch, Schmied et Schnettler (2001) examinent l'ineffabilité dans leur étude portant sur deux mille quarante-quatre Allemands et rapportent que 80 % des expérienceurs interrogés soulignent que l'EMI ne peut pas être décrite en paroles.

Réponse thérapeutique adéquate

Une écoute active, attentive et bienveillante est le soubassement d'un rapport thérapeutique constructif, basé sur la confiance. Un individu ayant vécu une expérience aussi puissante qu'une EMI qui ébranle les fondements mêmes de ses convictions et de sa vision du monde, et qui remet sa vie en question de manière si radicale, a d'abord besoin d'en parler. L'expérienceur n'attend de l'accompagnant, qu'il soit un proche ou un professionnel de santé, ni prise de position déterminée, ni réponses arrêtées, ni opinion personnelle. L'accompagnant aidera d'autant mieux l'expérienceur qu'il possède une certaine connaissance des EMI.

Dans le cadre de la rédaction de ce chapitre, le professeur de psychiatrie Bruce Greyson a tenu à partager son expérience dans ce domaine.

Témoignage du professeur Greyson

« Le plus important est d'écouter, d'être attentif aux préoccupations de celui qui a vécu une EMI et de ne pas essayer d'imposer ses propres

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

croyances ou sa propre grille de lecture pour comprendre le patient. Si vous ne faites pas cela, le risque existe qu'il vous rejette parce qu'il se sentira incompris. Il a besoin d'échafauder lui-même sa propre compréhension de ce qui s'est passé, se basant sur ce qui peut provenir à la fois de l'expérience elle-même mais aussi de sa propre personnalité et de son éducation religieuse et spirituelle.

En tant que thérapeute, vous devez aider le patient à explorer lui-même ce que cette expérience signifie pour lui, quel sens il en retire, et cela en lui permettant de s'exprimer en ses propres termes. Même s'il aurait plutôt envie d'être dans cet autre monde, la réalité est qu'il est de retour dans le nôtre. Souvent il vous dira qu'il a été renvoyé pour une raison particulière, alors il faut l'aider à l'identifier en posant la question : "À votre avis, quelle est cette raison ?" Et s'il semble bien y avoir une raison, il doit essayer de l'intégrer dans sa vie afin de trouver la paix. Le thérapeute peut l'aider à comprendre comment il peut utiliser ce qu'il a appris de cette EMI pour vivre ici, d'une manière qui soit conforme à sa nouvelle échelle de valeurs.

Je pense qu'il faut être très prudent quand on prétend pouvoir dire si quelque chose est impossible ou pas. Nous découvrons que des choses que l'on estimait impossibles autrefois ne le sont plus forcément aujourd'hui. Environ la moitié des personnes en deuil auront un jour ou l'autre l'impression de communiquer avec leur conjoint décédé. La moitié ! Cela veut dire que c'est une expérience normale. Rien n'indique que ces personnes fantasment ou sont des malades mentaux. Elles sont à l'aise dans ces communications avec les êtres chers décédés. Alors il est difficile d'imaginer que cette "hallucination" soit pathologique. Elle les aide à surmonter l'épreuve du deuil et elles en tirent un grand bénéfice. Cela n'a rien à voir avec les hallucinations que l'on rencontre chez les malades mentaux, les schizophrènes, des gens qui souffrent d'un désordre bipolaire pour qui les hallucinations sont extrêmement perturbantes, effrayantes, en fait totalement opposées à ces expériences vécues par des personnes en deuil qui sont au contraire confortées et rassurées par leur "hallucination". Je pense qu'il faut se garder de classifier tout ce qu'on ne comprend pas comme étant de l'ordre du fantasme. Si l'expérience extraordinaire que l'on ne comprend pas aide le patient et lui permet de mieux s'accepter, alors je ne pense pas qu'il faille la lui enlever. Un autre facteur à prendre en compte est le fait que dans le cadre d'une EMI, vous ne pouvez pas dire à la personne que cela ne lui est pas arrivé. L'expérience fait partie d'elle et elle ne la lâchera pas. Si vous insistez à considérer que c'est pathologique et qu'elle doit s'en débarrasser, vous n'arriverez pas à la convaincre et elle ne viendra tout simplement plus vous voir. »

L'EMI, une expérience qui bouleverse également l'entourage

Les expérienceurs sont généralement enclins à partager d'abord leur expérience avec leurs proches, à moins qu'ils ne pressentent qu'elle sera mal reçue pour diverses raisons. Il peut arriver que leurs proches se sentent menacés et par la force émotionnelle de l'expérience et par les changements radicaux qu'elle suscite. Les expérienceurs se sentiront alors plus en sécurité pour parler de leur ressenti dans un cadre professionnel, sans enjeu émotionnel, avec un psychologue ou un psychothérapeute. Après le traumatisme que constitue le fait d'avoir failli perdre un être cher, les parents, conjoints, enfants ou amis ne retrouvent plus la même personne après qu'il ou elle a vécu une EMI. Que l'expérienceur ait témoigné ou non de son expérience, il apparaît comme transformé et peut déconcerter ses proches. Après une période de désorientation due à l'intégration de l'EMI, les expérienceurs prennent des mesures concrètes pour adapter leur style de vie à leurs nouvelles valeurs. 75 % des expérienceurs changent d'activité professionnelle (Noyes, 1980). Nombreux sont ceux qui abandonnent une carrière axée sur la réussite matérielle et la compétition et intègrent des professions médicales ou paramédicales, l'enseignement ou d'autres fonctions orientées vers l'aide à autrui. Leurs nouvelles valeurs et leur cheminement spirituel peuvent créer un stress important dans les relations. En conséquence, 65 % des expérienceurs divorcent contre 40 % à 50 % de divorces recensés dans les populations générales occidentales (Christian, 2005).

Bruce Greyson a fréquemment constaté des bouleversements familiaux suite à l'EMI d'un des membres de la famille.

Témoignage du professeur Greyson

« Quelquefois les gens ont le sentiment de ne plus être la même personne qu'auparavant, tant ils ont changé de caractère, de croyances, même de façon de vivre. Quelquefois, des problèmes familiaux surgissent. J'ai rencontré des gens qui ont eu l'impression qu'après l'EMI, ils aimaient tout le monde de façon inconditionnelle. J'ai parlé avec des enfants de personnes ayant vécu une EMI qui se sont sentis heurtés : ils avaient le sentiment de ne plus avoir la même importance aux yeux du parent qui

© InterEditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

> semblait aimer tous les enfants autant que ses propres enfants. Cela peut devenir très perturbant au sein d'une famille.
>
> Si l'EMI entre en conflit avec vos croyances ou votre manière de vivre antérieures, elle peut provoquer beaucoup de problèmes. Cette expérience rend les gens souvent plus intéressés par la spiritualité, plus attirés par la qualité des rapports humains, par le désir d'aider les autres, et ils se sentent moins concernés par la concurrence et les biens matériels. Si votre vie a déjà été très tournée vers le spirituel avant l'expérience, vous n'aurez pas de problèmes. Mais la plupart des Occidentaux sont assez matérialistes, assez compétitifs, attirés par le prestige et la réussite aux dépens de l'autre. Si une telle personne, qui ressemble à la plupart d'entre nous, vit une expérience de mort imminente, elle sera amenée à remettre en cause sa manière de vivre, son système de valeur et ses croyances. Cela peut poser des problèmes de fond et avoir des incidences sur une carrière professionnelle ou sur les rapports que l'on entretient avec les autres. Imaginez, par exemple au sein d'un couple, que l'un des conjoints décide d'une subite conversion religieuse et l'autre pas. Cela peut provoquer de sérieux problèmes. Je connais beaucoup de personnes qui ont changé d'orientation professionnelle après une EMI, quittant une carrière très compétitive pour une autre plus humaniste. J'ai connu des individus dont les mariages ont volé en éclats suite à une EMI, parce que la personne qui avait fait l'expérience et son conjoint ne partageaient plus du tout les mêmes valeurs. En plus des problèmes relationnels qui peuvent résulter d'une EMI, certaines personnes ont beaucoup de mal à se situer par rapport à cette expérience, surtout si elles manquent de soutien. Elles peuvent même finir par penser qu'elles ont perdu la raison. Elles peuvent avoir des difficultés à intégrer ce qui leur est arrivé, jusqu'au point de devenir obsédant. Il arrive également que certains ressentent leur vie sur terre comme très conflictuelle alors que là où ils se trouvaient durant leur EMI tout était tellement merveilleux qu'ils éprouvent beaucoup de colère d'être revenus. Ils aimeraient ne pas être revenus et sont très en colère, ou très tristes » (Greyson, 2008).

La recherche montre que les expérienceurs ont une capacité accrue à faire face à une situation donnée. Une étude menée par Britton et Bootzin (2004) montre que les expérienceurs ont de bons résultats aux tests mesurant la capacité à faire face, qu'ils sont actifs, capables de planifier et donner une interprétation positive de leur expérience. Leur évolution de maturation s'avère également positive. Britton et Bootzin n'ont relevé aucune différence avec

le groupe de contrôle dans les mesures de l'état de stress post-traumatique (ESPT). En règle générale, l'ESPT n'est donc pas une priorité de prise en charge pour le thérapeute.

Témoignage du professeur Greyson

Greyson constate que, pour les soignants, « il est souvent difficile de différencier entre des expériences pathologiques de celles qui sont normales mais peu communes. Un bon moyen est d'observer comment l'expérienceur en est affecté. Si cette expérience plonge la personne dans un état de détresse, si elle a du mal à fonctionner normalement, alors on peut suspecter un trouble nécessitant un traitement adéquat. Mais si au contraire cette expérience aide la personne, si elle se sent mieux et ne souhaite pas s'en débarrasser, on peut légitimement se poser la question de savoir s'il s'agit d'une expérience normale qui dépasserait la compréhension du thérapeute, mais pas forcément celle de l'expérienceur.

Nous devons exercer plus de discernement et distinguer parmi ces expériences celles qui sont réellement *pathologiques* — qui provoquent des problèmes pour le patient et pour lesquelles les traitements fonctionnent — et celles qui sont difficiles à comprendre mais pas pathologiques, qui sont vécues par des individus *normaux,* ne sont associées à aucun signe de maladie mentale, en fait des expériences qui aident ces patients et pour lesquelles nos traitements psychiatriques ne produiront aucun effet.

Aujourd'hui, compte tenu du nombre de personnes qui ont vécu des EMI, participer à des groupes de soutien où elles se rencontrent et peuvent dialoguer peut s'avérer très utile. Car souvent des patients se plaignent à moi en disant : "Je vous parle de mon expérience et de ses conséquences, mais vous ne pouvez pas comprendre !" et d'une certaine manière, ils ont raison. Cela ne veut pas dire que je ne peux pas les aider, mais lorsqu'une patiente me dit : "Vous êtes incapable de comprendre ce que c'est que d'être une femme", elle a raison, je n'en ai pas fait l'expérience. Je peux entendre ce qu'ils disent mais pas ressentir ce qu'ils ont vécu. Quelque part cela m'empêche de pleinement comprendre ce qu'a représenté cette expérience pour eux. C'est pour cela que les personnes ayant vécu le même genre d'expérience et ressentant des effets secondaires similaires, en se retrouvant ensemble dans une pièce, peuvent partager ce qu'elles ont perçu, leurs sensations, ainsi que les solutions que chacun a mises en pratique. Cela peut beaucoup aider un patient troublé par une EMI.

Ceux qui ont vécu ces expériences ne vont pas renoncer à leurs "idées étranges". Qualifier leur expérience d'illusion ou ne pas le faire dépend de notre système de croyance. Il n'existe pas de base objective pour déterminer s'il s'agit véritablement d'une illusion. Nous ne savons pas ce qui s'est effectivement produit. Je n'ai aucun moyen de dire si vous étiez

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

> content ou triste à votre réveil ce matin. Vous êtes seul à le savoir et je n'ai pas à me prononcer à ce sujet. Si vous me dites : "J'ai été très triste à mon réveil ce matin" je ne sais pas si vous fantasmez ou pas. Il n'y a que vous qui savez. Je pense que ceci est vrai également pour les EMI. Le thérapeute ne sait pas si l'expérience s'est réellement produite ou non. Mais la personne le pense, et elle ne cessera pas d'y croire, quoique vous lui disiez. Il est arrivé que l'on prescrive des anti-psychotiques à des gens ayant vécu une EMI. Cependant, ces médicaments n'ont pas fait disparaître leur certitude d'avoir vécu cette expérience, c'est pourtant le cas pour les hallucinations de personnes schizophrènes qui disparaissent sous anti-psychotique. Une EMI est comme une autre culture. Les personnes qui l'ont vécue deviennent comme des étrangers. Elles ont fait l'expérience de quelque chose que nous ne connaissons pas. On doit reconnaître que cette expérience est réelle pour elles. Il se peut que l'on ne puisse pas déterminer *objectivement* s'il s'agit d'une expérience réelle ou non, mais, pour elles, elle est aussi réelle que le fait d'être assis ici pour nous aujourd'hui. Vous ne les convaincrez jamais du contraire » (Greyson, 2008).

BIBLIOGRAPHIE

ABRAMOVITCH H. (1988). « An Israeli account of a near-death experience : A case study of cultural dissonance », *Journal of Near-Death Studies*, 6, p. 175-184.

ATHAPPILY G.K., GREYSON B., STEVENSON I. (2006). « Do prevailing societal models influence reports of near-death experiences ? », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, p. 218-222. doi:10.1097/01.nmd.0000202513.65079.1e

ATWATER P.M.H. (1994). *Beyond the Light : What isn't Being Said about the Near-Death Experience*. Secaucus (NJ), Carol.

BADHAM P. (1997). « Religious and near-death experience in relation to belief in a future life », *Mortality*, 2, p. 7-21.

BADHAM P., BALLARD P. (1996). *Facing Death : An Interdisciplinary Approach*, Cardiff (UK), University of Wales Press.

BAILEY L.W. (2001). « A "little death" : The near-death experience and Tibetan delogs », *Journal of Near-Death Studies*, 19, p. 139-159. doi:10.1023/A:1026461521146

BAUDOUIN B. (2006). *Near-death experiences : expériences de mort imminente : perception d'une vie après la mort*, Paris, De Vecchi.

BECKER C.B. (1981). « The centrality of near-death experiences in Chinese Pure Land Buddhism », *Anabiosis : The Journal of Near-Death Studies*, 1, BLACKMORE S.J. 154-171.

BENHEDI L., MORISSON J. (2008). *Les NDE, expériences de mort imminente*, Paris, Dervy.

BLACKMORE S.J. (1993*a*). *Dying to Live : Science and the Near-Death Experience*, Londres, Harper Collins.

BLACKMORE S.J. (1993*b*). « Near-death experiences in India : They have tunnels too », *Journal of Near-Death Studies*, 11, p. 205-217. doi:10.1007/BF01078238.

BLANKE O., ORTIGUE S., LANDIS T., SEECK M. (2002). « Stimulating own body perceptions », *Nature*, 419, p. 269-270. doi:10.1038/419269a.

BLUM J. (2002). *Au travers du miroir : de Platon aux NDE : après la vie, la vie*, Paris, Thélès.

BON M. (1995). *Morts extra-ordinaires : expériences transpersonnelles de la mort*, Paris, G. Trédaniel.

BOURRE J.-P. (1995). *Voyage au centre de la vie : par la mort nous sortons du temps*, Paris, J'ai lu.

CARR C. (1993). « Death and near-death : A comparison of Tibetan and Euro-American experiences », *Journal of Transpersonal Psychology*, 25, p. 59-110.

CHARBONIER J.-J. (2006). *L'après-vie existe,* La Motte d'Aigues, Éd. CLC.

CHARBONIER J.-J. (2008). *Les Preuves scientifiques d'une vie après la vie*, Paris, Éd. Exergue.

COUNTS D.A. (1983). « Near-death and out-of-body experiences in a Melanesian Society », *Anabiosis : Journal of Near-Death Studies*, 3, p. 115-135.

DESCAMPS M.-A. (2008). *Les Expériences de mort imminente et l'après-vie*, Escalquens, Dangles.

DESCAMPS M.-A. (2003). *Les Témoins de la lumière : récits de voyage à l'orée de la mort*, Sainte-Eulalie-en-Born, Éd. Trismégiste.

ELLWOOD F.G. (2000). « Religious experience, religious worldviews, and near-death studies », *Journal of Near Death Studies*, 19, 5-21.

ELSAESSER-VALARINO E. (1999). *D'une vie à l'autre : des scientifiques explorent le phénomène des expériences de mort imminente*, Paris, Dervy.

ELSAESSER-VALARINO E. (2009). *Le Pays d'Ange*, Toulon, Les Presses du Midi.

L'Expérience de mort immanente, premières rencontres internationales, Actes du colloque (2007). Éd. S17 Productions.

FENWICK P. (2005). « Science and spirituality : a challenge for the 21st century », *Journal of Near-Death Studies*, 23(3), p. 137.

FENWICK P., FENWICK E. (1995). *The Truth in the Light*, Londres, Headline.

FOX M. (2003). *Through the Valley of the Shadow of Death : Religion, Spirituality and the Near-Death Experience*, Londres, Routledge.

GALLUP G., PROCTOR W. (1982). *Adventures in Immortality : A Look Beyond the Threshold of Death*, New York, McGraw-Hill.

GIOVETTI P. (1982). « Near-death and deathbed experiences : An Italian survey », *Theta*, 1, p. 10-13.

GOMEZ-JERIA J.S. (1993). « A near-death experience among the Mapuche people », *Journal of Near-Death Studies*, 11, p. 219-222. doi:10.1007/BF01078239.

GREYSON B. (1983). « The near-death experience scale : construction, reliability and validity », *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 171, 6, p. 369-375.

GREYSON B. (1994). « Near death experiences and satisfaction with life », *Journal of Near Death Studies*, 13, p. 103-107.

GREYSON B., RING K. (2004). « The Life Changes Inventory — revised », *Journal of Near-Death Studies*, 23(1), p. 41-54.

GROTH-MARNAT G. (1994). « Cross-cultural perspectives on the near-death experience », *Australian Parapsychological Review*, 19, p. 7-11.

GROTH-MARNAT G., SUMMERS R. (1998). « Altered beliefs, attitudes, and behaviours following near death experiences », *Journal of Humanistic Psychology*, 38(3), p. 110-125. doi:10.1177/00221678980383005.

HAMPE J.C. (1979) *To Die is Gain : The Experience of One's own Death*, Londres, Darton Longman & Todd.

HEIM A. (1892). « Notizen über den Tod durch Absturz », *Jahrbuch des Schweizer Alpenclub*, 27. Jg., 1891-1892, p. 335.

HOLDEN M.H., CHRISTIAN R. (2005). « The field of near-death studies

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

through 2001: An analysis of the periodical literature », *Journal of Near-Death Studies*, 24, 21-34.

JANSEN K. (2000). « A review of the nonmedical use of ketamine : Use, users and consequences », *Journal of Psychoactive Drugs*, 32, p. 419-430.

JOURDAN J.-P. (2007). *Deadline, dernière limite*, Paris, Les Trois Orangers.

KASTENBAUM R. (1990). *La Vie après la mort : mythe ou réalité ?*, Paris, Le Rocher. [Titre original : *Is There Life After Death ?*]

KELLEHEAR A. (1993). « Culture, biology, and the near-death experience. A reappraisal », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 18, p. 148-156.

KELLEHEAR A. (1996). *Experiences near Death : Beyond Medicine and Religion*, New York, Oxford University Press.

KELLEHEAR A. (2001). « An Hawaiian near-death experience », *Journal of Near-Death Studies*, 20, p. 31-35. doi:10.1023/A:1011164711148

KELLEHEAR A. (2006). « NDEs throughout History and across Cultures », IANDS Conference Presentation : DVD. *www.iands.org*.

KELLEHEAR A., IRWIN H. (1990). « Five minutes after death : A study of beliefs and expectations », *Journal of Near-Death Studies*, 9(2), p. 77-90. doi:10.1007/BF01074208.

KNOBLAUCH H. (2001). « Les expériences du seuil de la mort en Allemagne : la fin d'un déni ? », *Recherches sociologiques*, 32, 2, p. 49-61.

KNOBLAUCH H., SCHMIED I., SCHNETTLER B. (2001). « Different kinds of near-death experiences in Germany », *Journal of Near-Death Studies*, 20, p. 15-29. doi:10.1023/A:1011112727078.

LANGE R., GREYSON B., HOURAN J. (2004). « Rasch scaling validation of a 'core' near-death experience », *British Journal of Psychology*, 95, p. 161-177. doi:10.1348/000712604773952403.

LEE R.L.M. (2003). « The re-enchantment of death : Near-death, death awareness, and the new age », *Journal of Near-Death Studies*, 22, p. 117-131.

LOMMEL P.V., WEES R.V., MEYERS V., ELFFERICH I. (2001). « Near-death experience in survivors of cardiac arrest : a prospective study in the Netherlands », *The Lancet*, 358, 2039-2045.

LORIMER D. (1995). *La Mort, l'autre visage de la vie*, Paris, Le Grand-livre du mois. [Titre original : *Whole in One*.]

LUNDAHL R. C. (2000). « A comparison of other world perceptions by near-death experiencers and by the Marian visionaries of Medjugorie », *Journal of Near-Death Studies*, 19, p. 45-52. doi:10.1023/A:1007787422940.

MAURER D. (2005). *Les Expériences de mort imminente*, Paris, Le Rocher.

MCLENON J. (2005). « Content analysis of a predominantly African-American near-death experience collection : Evaluating the ritual healing theory », *Journal of Near-Death Studies*, 23, p. 159-181.

MIGLIORE V. (2007). *Statistical Summary of Near-Death Experience Reports*, IANDS report.

MOODY R.A. (1991). *La Lumière de l'au-delà*, Paris, J'ai lu. [Titre original : *The Light Beyond*.]

MOODY R.A. (1990*) Lumières nouvelles sur « La Vie après la vie »,* Paris, J'ai lu. [Titre original : *Reflections on « Life after Life »*.]

MOODY R.A. (1977). *La Vie après la vie : enquête à propos d'un phénomène. La survie de la conscience après la mort du corps*, Paris, Robert Laffont. [Titre original : *Life after Life : The Investigation of a Phenomenon : Survival of Bodily Death*.]

MORSE M. (1992). *Des enfants dans la lumière de l'au-delà*, Paris, Le Grand-livre du mois. [Titre original : *Closer to the Light*.]

MORSE M. (2002). *La Divine connexion*, Paris, Le jardin des livres.

MORSE M., PERRY P. (1992). *Transformed by the Light : The Powerful Effect of Near-Death Experiences on People's Lives*, New York, Villard Books.

MORZELLE J. (2007). *Tout commence… après : mes rencontres avec l'au-delà*, 2e éd., La Motte d'Aigues, Éd. CLC/Plein Soleil.

MURPHY T. (2001). « Near-death experiences in Thailand », *Journal of Near-Death Studies*, 19, p. 161-178. doi:10.1023/A:1026413705216.

OSIS K., HARALDSON E. (1977). « Deathbed observations by physicians and nurses : A cross-cultural survey », *Journal of the American Society for Physical Research*, 3, p. 237-259.

PARNIA S. (2009). Que se passe-t-il lorsque nous mourrons ? Éditions Ada

PASRICHA S. (1993). « A systematic survey of near-death experiences in South India », *Journal of Scientific Exploration*, 7, p. 161-171.

PASRICHA S. (1995). « Near-death experiences in South India : A systemic survey », *Journal of Scientific Exploration*, 9, p. 79-88.

PASRICHA S., STEVENSON I. (1986). « Near-death experiences in India », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, p. 165-170. doi:10.1097/00005053-198603000-00007.

PAULSON D. (1999). « Near-death experience : An integration of cultural, spiritual, and physical perspectives », *Journal of Near-Death Studies*, 18, p. 13-25. doi:10.1023/A:1022956128611.

PEAKE A. (2004) « Cheating the ferryman : A new paradigm of existence », *Journal of Near-Death Studies*, 23, p. 67-99.

PENNACHIO J. (1988). « Near death experiences and self-transformation », *Journal of Near-Death Studies*, 6, p. 162-168. doi:10.1007/BF01073364

PERERA M., PADMASEKARA G., BELANTI J. (2005). « Prevalence of near-death experiences in Australia », *Journal of Near-Death Studies*, 24, p. 109-116.

RING K. (1980). *Life at Death : A Scientific Investigation of the Near-Death Experience*, New York, Coward, McCann and Geoghegan.

RING K. (1991). *En route vers Oméga : à la recherche du sens de l'expérience de mort imminente*, Paris, Robert Laffont. [Titre original : *Heading toward Omega.*]

RING K. (1994). *Le Projet Oméga : expériences du troisième type NDE*, Paris, Le Rocher. [Titre original : *The Omega Project.*]

RING K. (2008). *Sur la frontière de la vie*, Monaco : Alphée-J.-P. Bertrand. [Titre original : *Life at Death.*]

RING K., ELSAESSER-VALARINO E. (2000, repr. 2006). *Lessons from the Light : What we Can Learn from the Near-Death Experience*, Portsmouth (NH), Moment Point Press

SABOM M. (1982). *Recollections of Death : A Medical Investigation*, New York, Harper & Row.

SANDWEISS S.H. (1975). *Sai Baba The Holy Man and the Psychiatrist*, Prashanthi Nilayam (India), Sri Sathya Sai Books and Publications Trust.

SCHORER C.E. (1985). « Two Native American near-death experiences », *Omega*, 16, p. 111-113.

SHIELS D. (1978). « A cross-cultural study of beliefs in out-of-body experience », *Journal of the Society for Psychical Research*, 49, p. 697-741.

VAN EERSEL P. (1999). *Réapprivoiser la mort : avènement des soins palliatifs et recherches sur les derniers instants en France, entre 1977 et 2000*, Paris, Librairie générale française.

VAN EERSEL P. (2006). *La Source noire : révélations aux portes de la mort*, Paris, Le Grand livre du mois

VERMEULEN D. (2007). *NDE et expériences mystiques d'hier et d'aujourd'hui*, Agnières, Le Temps présent.

WOERLEE G.M. (2004). « Cardiac arrest and near-death experiences », *Journal of Near-Death Studies*, 22, p. 235-249.

ZALESKI C. (1987). *Otherworld Journeys : Accounts of Near-Death Experience in Medieval and Modern Times*, New York, Oxford University Press.

ZHI-YING F., JIAN-XUN L. (1992). « Near-death experiences among survivors of the 1976 Tangshan earthquake », *Journal of Near-Death Studies*, 11, p. 39-48.

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

4

CONSCIENCE ACCRUE À L'APPROCHE DE LA MORT

Evelyn Elsaesser-Valarino

> Au mois d'août 2004, Monsieur JP, 60 ans, gravement malade, est alité depuis plusieurs semaines. Ce jour-là, sa fille est assise à son chevet. Les yeux clos, la bouche pincée, le souffle irrégulier, il semble proche de sa dernière heure. Soudain, ses lèvres bougent, on dirait qu'il parle. Ses yeux s'ouvrent et le voilà qui lève un bras, puis les deux, dans un geste d'accueil, et sourit. Il lance alors à haute voix : « Maman, qu'est-ce que tu fais là ? » Il répète plusieurs fois, incrédule et heureux : « maman ». Puis il s'écrie : « Mémé ! » (l'une comme l'autre sont décédées depuis de nombreuses années). Ses lèvres remuent en silence, dans une conversation qui redevient inaudible mais qui semble tout à fait réelle pour Monsieur JP. Sa fille l'observe en silence, un timide sourire éclaire son visage en larmes. Monsieur JP ne décédera pas tout de suite. Il attendra Noël pour parler de cet épisode à sa fille. Il lui confia alors que ce jour d'août, il se sentait mourir lorsqu'il a vu sa mère accompagnée de sa grand-mère venir le chercher. Il n'avait pas voulu « partir » à ce moment-là, à cause du chagrin de sa fille. Il savait qu'elles reviendraient un jour et qu'alors il les suivrait. Lui qui avait toute sa vie déclaré qu'il n'y avait rien après la mort, il croyait désormais que la vie continue « de l'autre côté ». Il n'avait plus peur de mourir et demanda à sa fille de le laisser s'en aller rejoindre les défuntes de sa famille quand son heure viendra. C'est ce qui arriva l'été suivant.
>
> *Témoignage recueilli par Colette Prochasson, accompagnatrice en fin de vie à Macon.*

DÉFINITION

L'expression « *Nearing Death Awareness* » a été forgée par les infirmières américaines Maggie Callanan et Patricia Kelley (Callanan,

Kelley, 1997). Nous adoptons la traduction française « conscience accrue à l'approche de la mort » proposée par Gilles Bédard de IANDS-Québec Intégral (International Association for Near-Death Studies – Québec). La notion de « conscience accrue à l'approche de la mort » décrit un état de conscience spécifique associé à la proximité de la mort. Dans cet état de conscience, les personnes en fin de vie semblent détenir une connaissance particulière du processus de mourir qui leur permettrait de contrôler, dans une certaine mesure, son déroulement.

Une des composantes essentielles de la conscience accrue à l'approche de la mort est le phénomène des *deathbed visions*, que nous avons traduit par « visions au moment du trépas », pendant lesquelles les mourants, et en règle générale eux seuls, peuvent voir et entendre des proches décédés ou des figures spirituelles et communiquer avec ces entités de manière télépathique. La vision d'un environnement inconnu décrit comme « l'autre monde » est également rapportée. Des centaines de visions au moment du trépas ont été étudiées de manière approfondie par le professeur de psychologie islandais Erlendur Haraldsson et le psychologue lettonien Karlis Osis (Osis et Haraldson, 1977). Ils font également état d'une amélioration de l'humeur des patients se produisant peu de temps avant le décès. Ces travaux autour de la conscience accrue à l'approche de la mort s'inscrivent dans le prolongement des travaux amorcés par Élisabeth Kübler-Ross, psychiatre américaine d'origine suisse et pionnière dans l'accompagnement de fin de vie.

CONTENU ET DESCRIPTION DE LA CONSCIENCE ACCRUE À L'APPROCHE DE LA MORT

Pendant de longues années d'activité, soit dans les hospices, soit lors d'accompagnement en fin de vie à domicile, les infirmières Callanan et Kelley ont observé un ensemble de phénomènes et de comportements récurrents chez leurs patients. Dans les derniers instants de vie (souvent pendant les dernières minutes ou heures, mais aussi dans les jours, voire les semaines qui précèdent le décès), les patients font fréquemment des remarques ou des gestes incompréhensibles pour leur entourage. Les proches pensent que le

malade perd un peu la raison, les soignants parlent de « confusion » ou « d'hallucinations ». Ces manifestations se produisent chez les patients qui meurent lentement et graduellement d'une maladie progressive, telle un cancer, ou qui s'éteignent doucement en raison de leur grand âge (les morts fulgurantes dues à un infarctus du myocarde par exemple, ou à un accident, ne rentrent pas de ce schéma) :

> « Les propos que les personnes en fin de vie tiennent en relation avec cette prise de conscience peuvent être incompris, manqués ou ignorés car ils sont obscurs, inattendus ou exprimés en langage symbolique » (Callanan et Kelley, 1997, p. 13).

Plutôt que d'attribuer les propos incompréhensibles des mourants à un état de confusion, Callanan et Kelley ont collecté plus de deux cents cas de comportements apparemment incohérents et les ont analysés en cherchant des facteurs communs qui leur permettraient d'établir un modèle. Elles ont examiné les maladies dont les patients souffraient, la possible privation en oxygène, les médicaments administrés ainsi que des critères tels que l'âge, le sexe ou l'origine culturelle des malades. Après examen, il apparut qu'aucune cause commune n'expliquait ce que les personnes en fin de vie voyaient et entendaient de façon si similaire, malgré la diversité de leur situation de vie, de leur maladie et de leur traitement. Les individus compris dans l'étude étaient des hommes et des femmes de tous âges, provenant de races et de nationalités diverses. Ils appartenaient à des courants religieux différents, certains étaient agnostiques, d'autres athées.

Deux catégories de messages se dégagèrent, la première concernait les visions des patients qui représentaient des proches décédés et des figures spirituelles, ou des lieux inconnus et d'une grande beauté, qu'ils étaient les seuls à voir :

> « À mesure que les malades s'approchent de la mort, ils semblent développer une prise de conscience spéciale des gens, des endroits et des choses. Cette prise de conscience évolue doucement et graduellement, comme si les personnes en fin de vie faisaient des allées et venues entre un état de conscience ancré dans notre réalité et une prise de conscience du monde de l'au-delà, qui s'intensifie au fur et à mesure que le patient s'approche de la mort » (Callanan et Kelley, 1997, p. 30).

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

La deuxième catégorie de messages concernait des conditions qui devaient impérativement être remplies pour pouvoir mourir paisiblement, la réconciliation sur un plan relationnel et spirituel en était un élément essentiel. Tant que ces conditions n'étaient pas comprises et remplies, les malades étaient anxieux et agités. Par ailleurs, les individus parlaient de façon récurrente et sous forme symbolique de la nécessité de se préparer pour un voyage ou pour un changement important. Callanan et Kelley publièrent les résultats de leur enquête en 1992 sous forme d'un ouvrage intitulé *Final Gifts : Understanding the Special Awareness, Needs, and Communications of the Dying* (1997).

La recherche

Les visions au moment du trépas, qui étaient le plus souvent interprétées comme annonçant une mort proche, semblent s'être produites dans le passé, notamment au Moyen Âge, quelques témoignages remontent même à l'époque préchrétienne. L'Évangile en témoigne également, mais ce n'est qu'au début du XX^{e} siècle que la première étude systématique de ce phénomène fut menée par le professeur de physique Sir William Barrett du Royal College of Science de Dublin. En 1926, il publia les résultats de ses recherches dans un livre intitulé *Death-Bed Visions* (Barrett, 1926). Il remarqua notamment que les visions se produisent quand les patients sont lucides et rationnels et qu'elles comprennent des éléments de surprise. Des enfants en fin de vie décrivaient par exemple des anges et s'étonnaient qu'ils ne soient pas pourvus d'ailes. Trente ans après la parution de *Death-Bed Visions*, le psychologue lettonien Karlis Osis, directeur de recherche à *l'American Society for Psychical Research*, décida de lancer une nouvelle enquête sur les visions au moment du trépas. Osis mena cette étude-pilote à l'échelle nationale en 1959-1960 sous les auspices de la Parapsychology Foundation. Il envoya un questionnaire à cinq mille médecins et cinq mille infirmiers et infirmières choisis au hasard. Six cent quarante questionnaires remplis lui furent renvoyés qui décrivirent 35 540 observations de patients au seuil de la mort. Mille trois cent dix-huit d'entre eux avaient expérimenté une apparition, huit cent quatre-vingt-quatre des visions, et une soudaine amélioration de

l'humeur avait été constatée chez sept cent cinquante-trois patients (Osis et Haraldsson, 1977, p. 57). Osis publia cette enquête en 1961 sous le titre *Deathbed Observations by Physicians and Nurses* (Osis, 1961).

Il lança une nouvelle enquête aux États-Unis entre 1961 et 1964 dans cinq États américains et envoya des questionnaires à un échantillon aléatoire de deux mille cinq cents médecins et de deux mille cinq cents infirmiers et infirmières des États de New York, du New Jersey, du Connecticut, de Rhode Island et de la Pennsylvanie. Mille quatre d'entre eux retournèrent le questionnaire rempli.

Osis se rendit compte que le facteur culturel, notamment religieux, pouvait biaiser les résultats. Il décida d'élargir l'enquête à un pays dans lequel la Bible ne faisait pas partie de l'éducation religieuse de la population et opta pour l'Inde. Il entreprit une nouvelle enquête dans le nord de l'Inde en 1972-1973, cette fois en collaboration avec Erlendur Haraldsson, professeur de psychologie islandais et expert de l'Orient. Compte tenu des difficultés de communication, l'enquête ne pouvait s'effectuer sur la base de questionnaires envoyés par la poste et complétés par des entretiens téléphoniques comme aux États-Unis, mais nécessitait des entretiens personnels qui furent réalisés avec sept cent quatre membres du personnel médical. Haraldsson et Osis disposèrent finalement d'un total de mille sept cent huit questionnaires remplis pour les enquêtes américaine et indienne. Quatre cent soixante et onze patients en fin de vie avaient eu des visions mettant en scène des personnes (216 aux États-Unis et 255 en Inde). Cent vingt patients « rescapés » (qui avaient survécu à l'événement qui les avait amenés au seuil de la mort) avaient également eu ce même type de visions (56 aux États-Unis et 65 en Inde), soit un total de cinq cent quatre-vingt-onze cas de visions mettant en scène des personnes (apparitions).

Cent douze cas de visions portant principalement sur des environnements inconnus décrits comme « l'autre monde » par les patients ont été recensés : soixante-neuf cas (46 aux États-Unis et 23 cas en Inde) chez des patients en phase terminale et quarante-trois cas chez des patients « rescapés » (18 aux États-Unis et 25 cas en Inde).

© InterEditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Finalement, cent soixante-quatorze cas de modification de l'humeur peu de temps avant le décès furent recueillis (106 cas aux États-Unis et 68 cas en Inde) (Osis et Haraldsson, 1977, p. 89-90).

L'analyse des questionnaires montra que les visions ne pouvaient être expliquées par des facteurs médicaux, psychologiques ou culturels. Par ailleurs les critères tels que l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, la religion et le statut socio-économique des patients n'avaient qu'une influence mineure sur la nature et l'occurrence des visions (Osis et Haraldsson, 1977, p. 17).

Il convient de souligner que les différents pourcentages indiqués dans ce chapitre se réfèrent au nombre total des visions analysées et non au nombre total des patients observés dont une majorité n'a pas eu de visions ou n'en a pas fait part au personnel soignant. Pour connaître la fréquence globale de visions au moment du trépas pour une population donnée de personnes en fin de vie, une étude prospective devra être menée.

À ce propos, Brayne, Farnham et Fenwick de l'institut de psychiatrie du Kings College à Londres supposent que les visions sont sous-annoncées, notamment par crainte du ridicule ou du rejet, par peur d'inquiéter les proches ou encore par manque de reconnaissance publique du phénomène. L'ineffabilité de ces expériences et l'inadéquation du langage peuvent également contribuer à empêcher les patients de relater leur vécu. Les chercheurs estiment que seule une interrogation de routine de la part des soignants permettra de connaître l'occurrence réelle de ces expériences (Brayne, Farnham, Fenwick, 2006).

Éléments de la conscience accrue à l'approche de la mort

Les catégories suivantes ont été identifiées par Callanan et Kelley :

- vision d'un environnement inconnu ;
- vision de proches décédés ou d'entités religieuses (apparitions) ;
- besoin de réconciliation ;
- conditions pour mourir en paix ;
- prise de conscience de la proximité de la mort.

Vision d'un environnement inconnu

Certains patients en phase terminale décrivent la vision momentanée, parfois récurrente, d'un lieu qu'ils sont les seuls à voir. Dans le cadre de ce chapitre, nous nous intéressons au *sens* que les malades attribuent à ce vécu subjectif. Ces visions d'une très grande beauté et parfois remplies d'une lumière éclatante leur inspirent un sentiment d'émerveillement et de grande sérénité. Il s'avère qu'ils ne doutent pas un instant de la réalité de l'objet de ces visions. Ils sont convaincus d'avoir pu jeter un coup d'œil sur « l'autre monde » qui les attend et se sentent profondément rassurés.

Sur ce point, les résultats des enquêtes de Haraldsson et Osis conduites auprès d'une population constituée d'Indiens (Inde) et d'Américains sont édifiants : dans 41 % des cas, les visions mettent en scène le paradis ou des portails (symbolisant la future demeure) ; dans 32 % des cas des objets ou des lieux du monde réel ; dans 16 % des cas des jardins ou des paysages ; dans 6 % des cas des musiques ou des bruits sont entendus et dans 5 % des cas, des constructions architecturales symboliques sont perçues. Nous constatons un mélange de représentations transcendantales et d'images du monde réel.

Dans 37 % des cas, les patients décrivent les lieux comme « extraordinairement beaux — au-delà de toute réalité » et dans 18 % des cas comme « des images de l'autre monde » ; dans 21 % des cas, ils sont dépeints comme « merveilleux mais naturels » et dans 14 % des cas comme « des milieux ordinaires, quotidiens ». Dans 10 % des cas, ces lieux sont ressentis comme « des milieux menaçants » (Osis et Haraldsson, 1977, p. 255 et 333).

La nature symbolique des visions du monde réel ressort du fait que son objet est basé sur l'expérience de vie du patient et représente souvent ce qui lui est le plus cher et qu'il souhaite peut-être revoir. Un architecte dépeindra des constructions majestueuses tandis qu'un golfeur décrira un magnifique parcours de golf.

Les visions classées sous « objets ou lieux du monde réel » peuvent cependant revêtir une connotation transcendantale, telle cette malade qui a vu « un bateau qui venait la chercher » (Osis et Haraldsson, 1977, p. 245).

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Les patients semblent naviguer entre la dimension des visions décrite comme « l'autre monde » et celle du monde « présent » ils ne savent pas toujours dans laquelle ils se trouvent, ce qui peut donner une impression de confusion.

La durée des visions, qui peuvent être uniques ou multiples, est variable : dans 52 % des cas, elles durent moins de 5 minutes ; dans 23 % des cas de 6 à 15 minutes ; dans 9 % des cas de 16 à 60 minutes et dans 16 % des cas elles durent plus d'une heure.

Les principaux sentiments que ces visions inspirent sont la beauté (72 %), la quiétude (14 %) mais elles peuvent également être ressenties comme négatives ou menaçantes (14 %) (Osis et Haraldsson, 1977, p. 333).

Callanan et Kelley estiment que « les interprétations de ce lieu dépendent des croyances des personnes en une vie après la mort, si tant est qu'elles en aient. La majorité interprète cette "vision d'un autre monde" comme un signe que la vie continue après la mort. Des interprétations plus spécifiques dépendent des systèmes de croyance individuels » (Callanan et Kelley, 1997, p. 102).

Les résultats des enquêtes de Haraldsson et Osis étayent ce propos : pour 84 % des patients en fin de vie et des « rescapés », les visions d'environnements inconnus symbolisent la mort comme un passage à une existence agréable, pour 9 % ce passage mènerait à une existence « horrible » tandis que pour 7 %, elles représenteraient d'autres symboles (Osis et Haraldsson, 1977, p. 333). Reste à définir si la croyance en la survie est la conséquence de la vision ou si elle est préexistante.

Haraldsson et Osis ont examiné l'appartenance religieuse des sujets sondés ainsi que l'influence de leur foi sur l'interprétation des visions.

Leurs enquêtes comprenaient 36 % d'hindous, 32 % de protestants (États-Unis), 15 % de catholiques (États-Unis), 11 % de chrétiens (Inde), 2 % de musulmans, 1 % de juifs et 2 % autre ou sans religion (Osis et Haraldsson, 1977, p. 336[1]). Il s'avère que l'intensité de la foi était grande dans 52 % des cas, moyenne dans 35 % des cas, faible

1. Note des auteurs : les pourcentages ne comprennent pas les cas sur lesquels nous ne disposions d'aucune donnée. Les pourcentages ayant été arrondis, le total n'égalera pas toujours 100.

dans 11 % des cas et nulle dans 3 % des cas. Là encore, il faudrait examiner si l'intensité de la foi varie en conséquence de la vision.

Haraldsson et Osis mentionnent également que les visions soulagent les malades momentanément de leurs souffrances physiques, la douleur disparaît et les états d'inconfort (nausées, etc.) se dissipent, faisant place à une grande sérénité psychologique et à un état de détente physique. Le même phénomène physique se produit lors des apparitions[1]. Des enquêtes complémentaires devront être menées pour déterminer la nature, la fréquence et la durée de ces modifications physiques.

Nous nous intéressons à *l'enseignement* que nous pouvons tirer de ces manifestations pour l'encadrement des patients en phase terminale. Il convient pour l'entourage (proches et soignants) de considérer la nature symbolique et hautement transformatrice des visions. En l'espace de quelques minutes, le malade peut passer d'un état dépressif ou désespéré à une intense exaltation ou une grande quiétude. La vision lui permet de se projeter au-delà de la limite de la mort physique et il est rassuré quant à sa future demeure. La force des visions est telle que les patients ne demandent ni confirmation ni validation de leur expérience qu'ils considèrent comme authentique et qu'ils accueillent comme un événement parfaitement naturel, sans étonnement et sans peur. Il suffit à l'entourage d'écouter les propos des malades avec un esprit bienveillant et en respectant leur vécu subjectif, sans nécessité de prendre position. Les personnes non informées du phénomène des visions peuvent interpréter ces manifestations comme un état de confusion ou une hallucination[2].

Vision de proches décédés ou d'entités religieuses (apparitions)

Certaines personnes en fin de vie sentent la présence ou voient des êtres aimés généralement décédés ou des entités religieuses qui les accompagnent pendant le processus de mourir et communiquent télépathiquement avec elles. Ce phénomène est très fréquent et bien connu des soignants dans les hôpitaux et établissements de soins

1. *Cf.* Vision de proches décédés ou d'entités religieuses et communication télépathique (apparitions) p. 105.
2. *Cf.* Visions au moment du trépas – hallucinations ou perceptions d'une autre « réalité » ?, p. 118.

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

palliatifs. Haraldsson et Osis indiquent que 91 % (Osis et Haraldsson, 1977, p. 110) des personnes en fin de vie relatent l'apparition d'un proche décédé au moment du trépas. Plusieurs entités peuvent être présentes en même temps. Les cas où les malades voient un proche dont le décès leur avait été dissimulé sont parmi les plus spectaculaires. Ces visions constituent un élément essentiel de la conscience accrue à l'approche de la mort.

Dans quelques cas très rares, l'entourage du mourant peut également apercevoir l'apparition. Les enquêtes indiquent que 91 % des personnes figurant dans les apparitions sont des parents. Presque tous ceux dont l'identité avait pu être établie sont des parents décédés proches : la mère (23 %), le conjoint (18 %), la progéniture (13 %), la fratrie (13 %), le père (9 %), des parents de la génération précédente (4 %), des parents de la même génération (4 %), des parents de la génération suivante (1 %), des parents non identifiés (7 %), des amis ou des connaissances (9 %) (Osis et Haraldsson, 1977, p. 323[1]). En seconde position se situent les apparitions de figures religieuses, spirituelles ou mystiques qui sont façonnées selon l'appartenance religieuse du patient (un catholique rapportera la vision d'anges, de Jésus ou de la Vierge, un hindou mentionnera le dieu de la mort Yama, un agnostique parlera d'un être lumineux). Les enfants voient proportionnellement plus souvent des anges que les adultes. La dimension symbolique est très fortement présente.

Quand le processus de mourir est déjà bien avancé, certains malades ne sont plus en mesure de parler et utilisent d'autres façons de communiquer. Leurs comportements et gestes peuvent laisser à penser qu'ils ont eu une vision. Certains tendent les bras vers quelque chose ou quelqu'un ou sourient à un interlocuteur invisible, d'autres font un signe de la main ou hochent la tête en signe d'acquiescement à des propos inaudibles. Le cas d'Alan, qui était dans le coma depuis quelques jours, est assez typique. Callanan et Kelley rapportent qu'« un matin, la respiration d'Alan changea pendant que Margaret et moi étions auprès de lui. Il ouvrit les yeux et regarda vers le coin du plafond. Il sourit comme s'il

1. Note des auteurs : les pourcentages ne comprennent pas les cas sur lesquels nous ne disposions d'aucune donnée. Les pourcentages ayant été arrondis, le total n'égalera pas toujours 100

reconnaissait quelqu'un, s'assit dans le lit et tendit les bras. Il resta assis quelques minutes, puis ferma les yeux, fit retomber lentement les bras, s'allongea et mourut » (Callanan et Kelley, 1997, p. 181).

Il est assez fréquent que des malades très affaiblis et déjà immobilisés par le processus de mourir sortent tout à coup du lit et fassent quelques pas comme s'ils essayaient d'aller à l'encontre de quelque chose ou de quelqu'un.

> Wallace relate le décès du comédien Sam Kinison qui, lors d'un accident de la circulation, subit une grave blessure à la tête. Conscient et saignant abondamment, il dit à son ami qui le tint dans ses bras à côté de la voiture accidentée : « Je ne veux pas mourir, je ne veux pas mourir ! » Puis il s'arrêta comme s'il écoutait une voix que personne ne put entendre et demanda : « Mais pourquoi ? » Il semblait engagé dans une conversation, le regard tourné vers le haut. Ensuite il dit : « D'accord, d'accord, d'accord. » Le troisième « d'accord » était prononcé très doucement, très sereinement. Quelle que soit la voix qui lui parlait, elle semblait lui donner la bonne réponse car il se détendit. Il prononça ce mot avec tellement de douceur comme s'il s'adressait à quelqu'un qu'il aimait (Wallace, 1992, p. 3). Il mourut peu après.

Comme pour les visions de lieux, les patients ne mettent pas en doute la réalité de ces apparitions. Les malades, malgré leur diversité, leur accordent un sens étonnamment homogène. Selon eux, le rôle des apparitions, proches décédés ou figures religieuses, consiste à les accueillir au seuil de la mort et à les guider vers « l'autre monde ». Haraldsson et Osis constatent que l'intention « d'emporter le patient » se manifeste dans trois cas sur quatre (Osis et Haraldsson, 1977, p. 110). Même si le patient ne reconnaît pas le défunt, il n'est pas perturbé par la vision. La réaction des patients étonne par le naturel avec lequel ils accueillent et décrivent ces apparitions. Quel que soit leur système de croyance, ils ne sont ni étonnés ni effrayés qu'un être aimé décédé leur apparaisse et leur parle. Ils expliquent l'intention de l'apparition en toute simplicité (« Regarde, c'est Jean, il est venu me chercher ! »). La peur de la mort s'efface instantanément, l'agitation disparaît, le regard s'illumine, la sérénité s'installe.

Les apparitions se produisent souvent peu de temps avant le décès et leur mention ou leur description constituent parfois les dernières

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

paroles du mourant. L'étude-pilote menée par Osis indique que les apparitions venues emporter le sujet ont été plus fréquentes (76 %) chez les patients qui sont décédés moins de dix minutes après l'expérience que chez ceux dont la mort est intervenue plus tard. L'enquête américaine confirma ces données puisque 87 % des patients sont décédés moins de 60 minutes après la vision (Osis et Haraldsson, 1977, p. 139-140). Ainsi, les apparitions semblent soit accélérer le décès, soit en constituer les annonciateurs immédiats.

Les apparitions sont habituellement courtes, les résultats des enquêtes de Haraldsson et Osis indiquent les durées suivantes : 1 seconde à 5 minutes dans 48 % des cas, 6 à 15 minutes dans 17 % des cas, 16 à 60 minutes dans 18 % des cas, 61 minutes à une journée dans 13 % des cas et plus longtemps dans 4 % des cas. Ces apparitions ne sont souvent pas uniques mais accompagnent le malade tout au long du processus de mourir. Callanan et Kelley rapportent une conversation avec une femme en phase terminale qui commentait l'apparition de proches décédés : « Sont-ils là maintenant ? — Non, ils sont partis il y a un petit moment, ils ne restent pas tout le temps, ils arrivent et repartent » (Callanan et Kelley, 1997, p. 88)

Les malades sont généralement calmes lors des visions et semblent plus sereins quand ils sont en compagnie de ces entités invisibles. Ils conversent avec leurs visiteurs secrets en même temps qu'ils communiquent leur présence à leur entourage. Les apparitions se produisent dans un état de conscience modifié inhérent à l'approche de la mort qui ressemble à une double vision, puisque le monde physique et une dimension inconnue qu'ils appellent « l'autre monde » semblent présents simultanément. Parfois, ils ne sont pas sûrs de savoir dans quelle dimension ils se trouvent et donnent l'impression d'être confus.

Certaines morts sont douloureuses quand les malades continuent à lutter jusqu'au dernier moment, comme cette jeune femme qui, immobile et déjà bien engagée dans le processus de mourir, se redressa tout à coup et « souleva son bras gauche, pointa avec l'index en direction de la porte qui menait vers le corridor, avec toute sa famille à ses côtés, et s'écria soudainement "Non ! Non ! Éloignez-les ! Je ne suis pas prête à partir !" Sur cela, [elle] s'écroula et mourut » (Wooten-Green, 2001, p. 29).

Besoin de réconciliation

Les besoins des personnes en phase terminale sont essentiellement de l'ordre du relationnel. La prise de conscience de la nécessité de réconciliation fait partie intégrante de la conscience accrue à l'approche de la mort telle que définie par Callanan et Kelley. Les personnes en fin de vie se rendent compte qu'elles ont besoin de régler les relations qui les attristent, les culpabilisent ou les tourmentent. Elles savent que, pour mourir en paix, elles doivent entreprendre les démarches nécessaires pour assainir des relations conflictuelles, mettre au grand jour des blessures longtemps enfouies et régler les conflits, même apparemment insignifiants, même lointains. Si le chemin menant à la réconciliation est obstrué par un mur dressé par l'ego, la rancune, l'orgueil ou l'habitude, le malade peut devenir irritable et agité. Il n'est pas toujours en mesure de provoquer une rencontre avec la personne impliquée dans le conflit, parfois l'intervention de la famille, d'amis ou même des soignants est nécessaire, à condition qu'ils soient conscients des besoins du malade qui ne sont souvent pas exprimés. Des conflits qui ne les concernent pas directement mais impliquent par exemple certains membres de leur famille peuvent également perturber les malades et provoquer un état d'agitation. Ce désir de réconciliation est habituellement emprunt de l'urgence du temps qui vient à manquer, ce qui lui donne une intensité particulière.

Pour cet élément de la conscience accrue à l'approche de la mort, il ne s'agit pas d'une expérience « venant de l'extérieur » qui s'impose aux malades comme c'est le cas pour les visions, mais d'un cheminement psychologique qui est accéléré, voire initié, par la proximité de la mort. Le sens que les patients lui accordent est intimement lié à leur biographie. L'élément commun consisterait en la prise de conscience que la mort est proche et que, pour mourir en paix, certaines démarches relationnelles doivent être entreprises.

Ces besoins de réconciliation, qui ne sont souvent pas exprimés clairement mais communiqués sous forme de messages symboliques, peuvent facilement être manqués par l'entourage ou délibérément ignorés, entraînant un état de frustration, d'anxiété ou d'agitation chez le malade. La réponse à cette agitation est souvent une sédation médicamenteuse qui ne répond pas aux besoins du mourant. (Sur ce

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

point, voir la partie « Réponses thérapeutique » en fin de chapitre.) Une écoute attentive des besoins psychologiques, relationnels, émotionnels et spirituels du patient constitue une réponse adéquate de la part de l'entourage. Toutes les mesures doivent être prises pour organiser une rencontre avec les personnes qui sont impliquées dans le conflit qui tourmente le malade. Il incombe principalement aux proches de s'en charger, mais les soignants peuvent avoir un rôle à jouer, surtout en identifiant la cause de l'état d'agitation du patient qui n'est pas toujours traduite en paroles. Un dialogue entre les soignants et les proches qui dépasse l'état physique du malade est conseillé. Il a été constaté à maintes reprises que les malades peuvent retarder l'instant du décès dans l'attente de la résolution du problème. Si la cause de l'agitation peut être identifiée et une conversation de réconciliation instaurée, il est possible d'aménager une fin paisible aux malades.

La dernière phase d'une vie est également le moment du bilan. Callanan et Kelley estiment qu'« une manière de découvrir les besoins de réconciliation consiste à encourager un inventaire mental des accomplissements et des déceptions. Ceci peut être fait oralement, en compagnie de la famille et des amis, ou par écrit, à titre de biographie qui peut être transmise aux générations futures ou encore sous forme de lettres adressées aux jeunes enfants qu'ils pourront lire quand ils auront grandi » (Callanan et Kelley, 1997, p. 159). Un besoin de réconciliation sur le plan religieux peut intervenir de manière impérative. Les patients peuvent avoir besoin de retrouver des rites religieux longtemps oubliés, ainsi un mourant qui s'est éloigné de sa religion peut par exemple demander en dernière instance de voir un représentant religieux. L'entourage sera attentif à des signes ou propos allant dans ce sens et prendra les mesures nécessaires.

Conditions pour mourir en paix

Mourir est pour tout être humain une expérience nouvelle. Certaines craintes y sont associées qui se manifestent chez tous les individus en fin de vie.

Élisabeth Kübler-Ross a défini les désormais fameuses cinq étapes qui suivent le diagnostic d'une maladie fatale (voir encadré).

Cinq étapes qui suivent le diagnostic d'une maladie fatale selon E. Kübler-Ross

« Nos patients en phase terminale traversent cinq stades dans cette crise finale qui commencent par le déni initial et passent ensuite par une étape de rage et de colère durant lequel ils questionnent Dieu et leur entourage "Pourquoi est-ce que cela m'arrive à moi ?". Ensuite, ils traversent l'étape du marchandage quand ils commencent à admettre que leur maladie est une réalité et qu'ils implorent un surplus de temps de vie. Après le marchandage s'installent la dépression et le deuil préparatoire quand ils commencent doucement à se détacher des êtres qu'ils aiment. Tout à la fin, ils ne souhaitent plus que la présence de deux ou trois personnes qui sont capables de s'asseoir avec eux dans un silence qui dépasse les mots. Si un malade a pu exprimer ses besoins, ses sentiments, ses peurs et ses visions pendant le processus de mourir, s'il a su régler les problèmes relationnels avec des personnes qui se montrent honnêtes et ouvertes, alors il pourra atteindre le stade final de l'acceptation. Ce stade final est pratiquement vide de sentiments. Il n'est ni heureux ni amer, il éprouve un sentiment de paix intérieure et extérieure et, un jour, le malade dira simplement "Mon temps de partir est très proche et c'est bien ainsi" » (Kübler-Ross, 1974, p. 8).

Pour préparer sereinement sa mort, le malade a besoin de pouvoir parler de l'issue qu'il sait proche. C'est sans doute la phase la plus difficile pour tous. L'entourage est tenté de se réfugier dans des mensonges de complaisance (« tu verras, demain tu iras mieux »), mais nier le dénouement définitif qui s'annonce n'est pas une solution.

Le malade sait que la fin est proche, il incombe à l'entourage de trouver le courage de nommer la réalité. Le moment de parler vrai est venu, demain il sera trop tard.

Marie de Hennezel, psychologue clinicienne française, spécialiste, formatrice et conférencière internationale dans le domaine de l'accompagnement de la fin de vie, met en évidence la dimension relationnelle d'une fin de vie :

> « Les derniers moments de la vie d'un être aimé peuvent être l'occasion d'aller le plus loin possible avec cette personne. Combien d'entre nous saisissent cette occasion ? Au lieu de regarder en face la réalité de la proximité de la mort, on fait comme si elle n'allait pas venir. On ment à l'autre, on se ment à soi-même, et, au lieu de se dire l'essentiel, au lieu d'échanger des paroles d'amour, de gratitude, de pardon, au lieu de s'appuyer les uns sur les autres pour traverser ce moment incomparable qu'est la mort d'un être aimé, en mettant en commun toute la sagesse, l'humour et l'amour dont l'être humain est capable pour affronter la mort, au lieu de cela, ce moment unique, essentiel de la vie, est entouré de silence et de solitude » (Hennezel de, 1996).

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Une fois la réalité de la proximité de la mort acceptée et discutée avec l'entourage, le malade sort de son sentiment d'isolement, les relations se renouent plus fortement et les choses essentielles peuvent être dites. Le patient sera apaisé quand il aura pris les dispositions nécessaires pour assurer le bien-être émotionnel et pratique de ses proches et quand il sera rassuré sur le fait qu'ils sauront faire face à son départ. Un dialogue franc et sincère évitera à l'entourage le regret des paroles inexprimées et le travail de deuil sera placé sous de bons auspices.

Le deuxième type de besoins concerne l'inquiétude des malades quant au processus de mourir et s'adresse principalement aux soignants.

Passés les stades de déni, de colère, de marchandage et de dépression identifiés par Élisabeth Kübler-Ross, qui par ailleurs ne sont pas linéaires, les personnes en phase terminale se résignent généralement à leur sort. Callanan et Kelley constatent que « beaucoup acceptent la certitude de leur mort imminente sans anxiété ni peur mais ils auront peut-être besoin d'une validation ou d'une information quant à la nature du processus de mourir » (Hennezel de, 1996, p. 73).

Elles estiment que « des informations simples, brèves et concises aident à apaiser ces craintes » (Hennezel de, 1996, p. 82). Les soignants peuvent décrire les étapes du déclin physique à venir afin que le malade ne soit pas effrayé par la cessation graduelle de ses différentes fonctions physiques. Une information sur la possible survenue de visions peut être donnée.

Prise de conscience de la proximité de la mort

Les malades en phase terminale savent instinctivement que leur fin est proche, même si personne n'en est conscient ou les en a informés. Cette connaissance instinctive est l'un des éléments de la conscience accrue à l'approche de la mort.

Les patients utilisent un langage symbolique pour annoncer leur décès proche à leur entourage. Les métaphores employées se réfèrent à un voyage — par train, par avion, en autobus, en voiture, en bateau — qui nécessite de faire la valise, de réserver un billet de transport, de se mettre dans la file d'attente ou de passer la douane. Ce langage symbolique est inspiré par l'expérience de vie du patient.

Ainsi, un pilote dirait par exemple que l'avion est prêt pour le décollage.

Callanan et Kelley rapportent le cas d'une jeune fille de dix-sept ans qui était en train de s'éteindre d'un cancer quand elle s'écria soudainement avec angoisse « Où est la carte routière ? Je suis perdue ! » (Callanan et Kelley, 1997, p. 69) La symbolique est souvent si subtile que l'entourage peut facilement mettre ces propos sur le compte de la confusion. Une autre métaphore couramment utilisée se réfère à un changement de lieu (déménagement, retour à la maison pour les patients hospitalisés) et les préparatifs qui y sont relatifs.

Ces messages, exprimés sous forme de métaphores, nécessitent une écoute attentive et demandent interprétation. Si les proches et les soignants ne sont pas avisés de ce phénomène, ces propos peuvent facilement passer inaperçus et les réponses adéquates peuvent être omises. Le malade se sent alors isolé et incompris et répond par un état d'irritation et d'agitation.

On peut se demander pourquoi les personnes en phase terminale s'expriment si souvent en métaphores plutôt qu'en langage direct. Kübler-Ross estime que c'est lié au fait que la mort est un tabou dans nos sociétés modernes :

> « Il est très important de savoir que les enfants et les adultes en fin de vie se rendent très vite compte si nous sommes à l'aise en leur présence. Si nous n'évitons pas le sujet auquel ils ont fait allusion en langage symbolique, ils changent très vite de registre et s'expriment en langage clair dans le réconfort de nos bras et de notre présence » (Kübler-Ross, 1974, p. 7).

Le processus de mourir semble être un acte beaucoup plus actif que communément supposé. Callanan et Kelley constatent que « la majorité des gens pensent que nous mourons quand "notre heure a sonné" ou quand le corps succombe finalement à la maladie. Ils considèrent le fait de mourir comme un acte passif et le mourant comme totalement impuissant. En fait, beaucoup de personnes sont en mesure d'exercer un certain contrôle sur leur mort. Le fait d'être conscient de ce contrôle — du moment, des circonstances et des personnes présentes — rend les mourants moins passifs et montre qu'ils ont effectivement un certain pouvoir de décision » (Callanan et Kelley, 1997, p. 222).

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Ce constat donne une importante responsabilité à l'entourage du patient. Il s'agirait donc d'un processus interactif dans lequel chacune des parties aurait une partition à jouer. Loin d'être livré à la cruauté d'une *faucheuse* qui frapperait de manière aveugle et brutale, l'entourage aurait donc la possibilité de contribuer à façonner cet ultime instant de l'être aimé en un pas de deux harmonieux et rempli d'amour. Mais ce que Marilyn Webb (Webb, 1997) appelle « la bonne mort » nécessite que les proches soient à même de faire montre à cet instant d'une certaine philosophie de vie et capables de laisser partir l'être aimé ; le patient est prêt, l'entourage ne l'est pas toujours. Les personnes en phase terminale, et tout particulièrement les enfants, ressentent le besoin d'une « permission » pour pouvoir mourir sereinement. Callanan et Kelley constatent qu'« une fois cette permission accordée, ils ressentent un grand soulagement, l'absence de permission peut rendre le processus de mourir plus difficile et plus long. Le mourant sait intuitivement quand — et souvent pourquoi — cette permission est retenue, le comportement de son entourage le lui indique. Ce refus signifie que ceux qu'ils aiment ne comprennent pas leur lutte et qu'ils ne sont pas prêts émotionnellement à gérer l'irrévocabilité de leur départ » (Callanan et Kelley, 1997, p. 71).

Les patients en phase terminale ont la prescience de l'instant de leur décès, parfois ils pressentent le jour et même l'heure de leur départ. Les malades, et même les comateux, semblent retarder, dans certaines limites, le moment du décès, par exemple pour attendre un proche qui arrive de l'étranger. La possibilité d'être présent et d'accompagner l'être aimé à l'instant ultime facilitera le travail de deuil des proches et évitera de les laisser avec les regrets d'un dernier rendez-vous manqué. Dans d'autres cas, des malades peuvent s'éteindre plus vite que leur état physique ne le laisserait prévoir, quand une agonie prolongée poserait trop de problèmes émotionnels, matériels ou d'organisation à leur entourage ou encore à la veille de la date prévue pour leur transfert à l'hôpital. D'autres semblent au contraire choisir de mourir seuls. Les enfants s'éteignent souvent justement quand les parents ont quitté la pièce pour quelques minutes, comme s'ils voulaient leur épargner la douleur ultime d'assister à leur dernier souffle.

Conscience accrue à l'approche de la mort et EMI

Les états de conscience accrue à l'approche de la mort ont certaines similitudes avec les expériences de mort imminente (EMI) mais également d'importantes différences. Une EMI se produit de manière fulgurante, par exemple lors d'un arrêt cardiaque, d'un accident ou d'une noyade, tandis que le phénomène de la conscience accrue à l'approche de la mort se manifeste chez les individus qui meurent lentement et progressivement d'une maladie ou du grand âge et ne présentent aucun changement physiologique soudain. Ils respirent, leur pouls et leur tension artérielle ne subissent aucune modification et ils continuent à communiquer avec leur entourage pendant la vision. Pour eux, le processus de quitter le monde et d'entrer apparemment momentanément dans une autre dimension se produit graduellement tandis que, lors d'une EMI, la personne y est projetée instantanément avant de réintégrer le monde physique. Les personnes en fin de vie ne quittent pas leurs corps, comme cela semble être le cas lors d'une EMI, mais deviennent progressivement conscientes de l'existence d'une autre dimension et, plutôt que de changer de manière fulgurante d'un monde à l'autre, elles semblent naviguer entre les deux plans.

Malgré les différences énoncées, les visions et les EMI provoquent un effet très similaire chez les individus qui les expérimentent.

CONSÉQUENCES

Quelle est la signification de ces apparitions et quels effets ont-elles sur les personnes en phase terminale ? Le sens que l'on est disposé à accorder à ces apparitions dépend entièrement de notre conception philosophique, dépassant l'objectif de ce manuel. Dans une perspective matérialiste, il s'agirait d'hallucinations que le cerveau mourant déclencherait dans une situation d'anéantissement imminent ou de manœuvres d'autoprotection illusoires mises en place par l'inconscient de la personne en fin de vie. Dans une hypothèse de la survie de la conscience après la mort physique, ces apparitions rempliraient le rôle de messagers d'un au-delà, dont le but serait d'assister les mourants à franchir le pas vers leur nouvelle existence. Cette interrogation fondamentale dépasse bien

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

évidemment là encore le cadre de ce manuel. Notre intérêt se porte sur le sens que les patients donnent à ces expériences et sur les effets qu'elles provoquent, ainsi que les réactions adéquates de l'entourage, notamment des soignants. On observe que l'expérience de la conscience accrue à l'approche de la mort permet aux malades, malgré la défaillance de leur corps, « de trouver la paix, le bien-être et la guérison de la douleur émotionnelle et spirituelleWallace A. (1992). « Head-on crash kills comedian Sam Kinison », *Los Angeles Times*, 12 avril » (Callanan et Kelley, 1997, p. 37). Ce point mérite d'être souligné.

Du point de vue du vécu subjectif des patients, les apparitions constituent l'élément émotionnellement le plus fort et le plus rassurant de la conscience accrue à l'approche de la mort. Ils voient des proches décédés auxquels ils sont unis par un lien d'amour et ces rencontres les remplissent d'une grande joie. Ils ne doutent pas de la réalité de leurs visions et les acceptent avec reconnaissance. Wooten-Green écrit que « les mourants, peut-être de manière inconsciente, essaient de nous informer de ce qui est réel pour eux à cet instant précis. Leur réalité diffère fondamentalement de la nôtre, il s'agit d'une vision qui ne ressemble pas à la nôtre mais qui n'est pas pour autant moins réelle. La réalité des mourants est peut-être plus authentique que ce que nous considérons comme réel » (Wooten-Green, 2001, p. 68).

Haraldsson et Osis ont analysé de manière approfondie les changements d'humeur qui se produisent chez certains patients. Un malade dépressif, angoissé, irrité ou profondément triste depuis des semaines peut tout à coup changer radicalement d'état d'esprit et ressentir des sentiments de sérénité, de joie ou d'exaltation peu de temps avant son décès. Il n'est pas toujours possible de connaître la source de cette amélioration de l'humeur, car les personnes en fin de vie n'expriment pas forcément leur vécu intérieur. Callanan constate d'ailleurs que les enfants et les personnes âgées parlent le plus facilement de leurs visions, « si quelqu'un est très renfermé et très introspectif, il peut ne pas partager son expérience avec nous, mais cela ne veut pas dire qu'il ne vit aucune expérience[1] ».

1. Callanan M. et Bédard G. (1998). Entretien mené pour IANDS Québec-Inerson.

Haraldsson et Osis estiment que « la modification de l'humeur constitue un élément indispensable de notre hypothèse de survie. D'après notre modèle, ce phénomène serait causé par l'aperçu extra-sensoriel qu'auraient les patients en phase terminale de l'existence dans l'autre monde (une existence perçue comme agréable, s'il faut en croire les résultats de l'étude-pilote). L'information transmise serait perçue par le patient de façon plus ou moins consciente (ou même, demeurerait au niveau préconscient) » (Osis et Haraldsson, 1977, p. 188). Les deux chercheurs ont mené cent soixante-quatorze entretiens pour examiner des cas de modification de l'humeur (106 aux États-Unis et 68 en Inde). Les changements d'humeur constatés chez les patients des deux groupes étaient : la sérénité et la quiétude (49 % des cas), l'exaltation et la joie (27 %), l'optimisme sous forme de projets énoncés (20 % des cas) et autres (4 %) (Osis et Haraldsson, 1977, p. 189). Les projets de vacances ou de retour à la maison envisagés par les patients hospitalisés étaient considérés comme le résultat d'un « optimisme débordant » par les chercheurs. Les travaux de Callanan et Kelley, publiés après ceux de Haraldsson et Osis, attribuent ces descriptions à des métaphores utilisées par les patients pour annoncer leur mort proche[1].

Des changements au niveau des contacts sociaux ont également été constatés suite aux visions, 36 % des patients étaient plus coopératifs, 27 % plus aimables, 22 % appréciaient davantage la compagnie d'autres personnes et 14 % amélioraient leur maîtrise de soi.

La durée des changements d'humeur était de moins de 10 minutes dans 17 % des cas, de 11 à 60 minutes dans 22 % des cas, de 61 minutes à une journée dans 36 % des cas et plus longue dans 25 % des cas.

Le laps de temps écoulé entre le changement d'humeur et le décès était de moins de 10 minutes dans 41 % des cas, de 11 à 60 minutes dans 13 % des cas, de 61 minutes à une journée dans 31 % des cas et plus long dans 15 % des cas.

Bien que les visions au moment du trépas soient fréquentes et leur influence sur les mourants bénéfique et réconfortante, la nécessité de prendre congé des êtres aimés et de dire adieu au monde reste un

1. *Cf.* p. 112, « Prise de conscience de la proximité de la mort ».

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

moment difficile. Callanan et Kelley concluent en écrivant que « ce que nous apprenons de la conscience accrue à l'approche de la mort n'apaisera pas toutes les morts et n'est pas une solution universelle pour le chagrin et la douleur que la mort provoque. Cependant, les messages de la conscience accrue à l'approche de la mort créent un cadre dans lequel la mort cesse d'être vue comme un événement solitaire, effrayant et accablant et génèrent un environnement dans lequel les proches peuvent puiser du réconfort face à l'inévitabilité de la mort » (Callanan et Kelley, 1997, p. 230).

PATHOLOGIES LIÉES AUX EXPÉRIENCES DE CONSCIENCE ACCRUE À L'APPROCHE DE LA MORT

Visions au moment du trépas – hallucinations ou perceptions d'une autre « réalité » ?

La « terminologie de neuropsychologie et de neurologie du comportement » définit l'hallucination comme suit :

> « Perception sans objet, paroxystique et transitoire, qui peut se manifester dans les diverses modalités sensorielles : auditive, visuelle, olfactive, gustative ou somesthésique. Image sensorielle subjective surgissant en l'absence d'un stimulus externe et qui assume une réalité objective apparente. Se rencontrent surtout dans les phénomènes épileptiques et dans les stimulations électriques du cerveau, mais aussi dans les carences sensorielles, nutritionnelles, le manque de sommeil et l'intoxication médicamenteuse. L'hallucination est le plus souvent élémentaire, mais peut être complexe[1]. »

La question fondamentale est de savoir si les visions sont des « perceptions sans objet », donc des hallucinations, ou des perceptions extra-sensorielles d'une réalité inaccessible aux cinq sens. (Ce point est abordé dans le chapitre 2.)

Ici, la difficulté consiste plus spécifiquement à distinguer un état de confusion, s'exprimant par une hallucination, d'une vision. Une bonne connaissance du phénomène de la conscience accrue à l'approche de la mort peut le permettre.

1. Terminologie de neuropsychologie et de neurologie du comportement. Recherche et rééd. Louise Bérubé, c1991.

La confusion fait partie du processus de mourir pour un ensemble de raisons médicales, dont la fièvre ou l'administration de médicaments, qui peuvent provoquer des hallucinations. Callanan estime que 70 % des mourants sont confus à certains moments[1]. Mais cette confusion diffère nettement des visions transcendantales observées lors des états modifiés de conscience associés à la proximité de la mort.

Haraldsson et Osis ont examiné le facteur de la confusion et ont conclu que « la moitié des patients étaient lucides et parfaitement conscients du milieu environnant, un tiers des malades étaient légèrement troublés mais communiquaient assez bien avec leur entourage, moins d'un cinquième des malades n'étaient pas ou peu capables de communiquer[2] ».

Il s'avère que l'administration de médicaments n'est pas un critère déterminant pour la survenue de visions. 80 % des patients qui ont eu des apparitions n'étaient aucunement troublés par des médicaments (11 % légèrement, 8 % moyennement et 1 % fortement) (Osis et Haraldsson, 1977, p. 117).

La fièvre, qui peut provoquer des hallucinations, a également été analysée. Sur quatre cent quarante-deux cas examinés, 58 % n'avaient aucune fièvre, 34 % avaient une fièvre légère (jusqu'à 39,4 degrés[3] – température buccale) et 8 % avaient plus de 39,4 degrés de température (Osis et Haraldsson, 1977, p. 117). Les visions n'ont ainsi pu être provoquées par la fièvre que dans une minorité des cas.

Les antécédents psychiatriques des sujets ont été examinés. L'analyse de la prédisposition aux hallucinations indiquait que 79 % des malades qui avaient eu une vision représentant un lieu n'avaient aucune prédisposition aux hallucinations, tandis que 21 % en avaient une (Osis et Haraldsson, 1977, p. 335). Pour les cas d'apparitions, 75 % des sujets n'avaient aucune prédisposition tandis que 25 % en avaient une (Osis et Haraldsson, 1977, p. 324).

Par ailleurs, les hallucinations et les visions des personnes en fin de vie présentent des caractéristiques différentes et ne mettent pas en scène le même type d'objets :

1. Callanan M. et Bédard G. (1998). Entretien mené pour IANDS Québec-Inerson.
2. *Ibid*, p. 118.
3. 103 degrés Fahrenheit.

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

> « Ces expériences [d'apparitions] étaient en général de plus courte durée, plus cohérentes, plus axées sur la mort du patient et sur son passage dans l'autre monde que les créations décousues émanant d'ordinaire d'un esprit troublé. Les données recueillies confirmèrent les conclusions que Barrett (1926) et Hyslop (1908) avaient déjà tirées de leurs observations cliniques, à savoir que la majorité des hallucinations mettant en scène des personnes tenaient vraiment de l'apparition (c'est-à-dire hallucination ou perception extra-sensorielle d'une personne, sans perte de contact avec le milieu environnant) » (Osis et Haraldsson, 1977, p. 58).

La lucidité des patients semble favoriser, voire conditionner, la survenue de visions. Osis précise que « les mourants parfaitement lucides et suffisamment conscients du milieu environnant pour pouvoir "interagir" avec lui ont plus souvent d'apparitions que ceux dont l'esprit est troublé ou dont l'aptitude à communiquer est limitée » (Osis, 1961, p. 53).

Les visions et les hallucinations diffèrent fondamentalement par leur *signification*. Les apparitions de proches décédés enchantent et rassurent les malades, tandis que les représentations présentes dans les hallucinations des sujets en bonne santé ont un caractère fortuit et un effet désorientant. La recherche est édifiante à ce sujet puisqu'elle indique que 91 % des visions représentent des parents du patient (Osis et Haraldsson, 1977, p. 110), « ce qui contraste fortement avec les hallucinations, mettant en scène, pour la plupart, des étrangers ou des personnages bizarres, qui furent le lot de ceux dont les facultés mentales étaient troublées » (Osis et Haraldsson, 1977, p. 58).

Les personnes en fin de vie voient trois fois plus de personnes décédées ou de figures religieuses censées les accompagner dans « l'autre monde » que les individus en bonne santé (Osis et Haraldsson, 1977, p. 125). Des enquêtes menées en Europe et aux États-Unis indiquent qu'entre 10 % et 17 % de la population générale en bonne santé rapporte des hallucinations qui mettent en scène cinq fois plus souvent des personnes vivantes que des personnes décédées (Osis et Haraldsson, 1977, p. 58-59), « aucune mention n'est faite que les personnes vivantes hallucinées avaient pour mission d'accompagner les individus dans l'autre monde » (Osis et Haraldsson, 1977, p. 59).

La question de savoir pourquoi la totalité des malades ne voient pas des personnes décédées reste ouverte. Une question découle naturellement de cette légitime interrogation : combien de ceux qui

voient ce type d'image ou de visions en parlent à leurs proches ? Quelle proportion garde le silence ?

RÉPONSES THÉRAPEUTIQUES

Le malade qui est engagé dans le processus de mourir subit un stress maximal. Outre les douleurs et malaises physiques, il est confronté de manière imminente à l'expérience la plus importante et la plus bouleversante de son existence. Son avenir se limite à quelques heures, voire à quelques minutes et il ne sait pas ce qui l'attend derrière l'ultime limite qu'il doit franchir seul. Selon la philosophie de vie et le degré d'acceptation, cette épreuve est plus ou moins éprouvante, mais elle n'est jamais facile. Plus que jamais, le mourant a besoin d'être compris et soutenu par l'entourage — proches et soignants — qui y parviendra d'autant mieux qu'il sera informé du phénomène de la conscience accrue à l'approche de la mort. « Trop souvent, expliquent Callanan et Kelley, la réaction inappropriée de l'entourage ne fait qu'augmenter la désorientation du malade » (Callanan et Kelley, 1997, p. 17).

Connaissance ne signifie pas forcément adhésion. Les proches et les soignants ne doivent pas nécessairement adhérer aux convictions que les patients retirent de leurs expériences liées à la conscience accrue à l'approche de la mort, et notamment des visions. Il n'est pas nécessaire qu'ils confirment ou réfutent ces visions, une écoute bienveillante et exempte de jugement est largement suffisante. Callanan et Kelley estiment que « de manière très simple, le personnel d'hospice n'a pas à se soucier de s'ouvrir à ces questions parce que les patients les y amèneront de toute façon. Vous avez tout simplement à apprendre comment écouter et ils vous apporteront tout, à condition que vous compreniez que les propos du patient peuvent ne pas avoir de sens dans l'immédiat. Nous devons écouter avec des oreilles différentes parce qu'il y a des messages cachés[1] ». Elles ajoutent « en devenant plus sensibles aux messages et aux besoins des personnes en fin de vie, les soignants deviendront plus

1. Callanan M. et Bédard G. (1998). Entretien pour IANDS Québec-Inerson.

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

performants dans leurs activités et en retireront une plus grande satisfaction » (Callanan et Kelley, 1997, p. 14).

Callanan et Kelley conseillent plusieurs attitudes aux soignants — médecins, infirmiers et infirmières, assistants sociaux et aumôniers — qui assistent les personnes en fin de vie (voir encadré).

Attitudes favorables conseillées

- Être réceptif et ouvert aux manifestations de la conscience accrue à l'approche de la mort qui ne sont pas spécifiques aux hospices mais peuvent se produire dans tous les contextes où des personnes terminent leur vie (au domicile, à l'hôpital, dans les unités de soins intensifs, en pédiatrie, etc.).
- Parler des manifestations de la conscience accrue à l'approche de la mort avec ses collègues. Les soignants ont tendance à ne pas noter ces phénomènes de peur de se ridiculiser auprès de leurs collègues. Cette innocente conspiration du silence empêche les autres soignants de prendre connaissance de ces événements importants pour les mourants et d'y apporter une réponse adéquate.
- Savoir reconnaître la différence entre la conscience accrue à l'approche de la mort et l'expérience de mort imminente (EMI).
- Malgré une tentation compréhensible, il est essentiel de ne pas se laisser aller à s'impliquer dans ces communications captivantes. Ce n'est pas la place des soignants. Leur rôle consiste à *enseigner* aux proches comment écouter, comprendre et répondre de manière adéquate aux messages du mourant. En partageant ces communications avec lui, ils pourront peut-être participer à cet événement négatif d'une manière positive et en retirer un réconfort qui les aidera à trouver une nouvelle signification à la vie et à la mort (Callanan et Kelley, 1997, p. 229-230).

Les infirmiers et infirmières, interlocuteurs privilégiés

Un projet pilote récent consacré aux visions au moment du trépas, mené par Brayne, Farnham et Fenwick de l'institut de psychiatrie du Kings College à Londres en collaboration avec l'équipe de soins palliatifs Camden Primary Care Trust et portant sur plus de mille cas, conclut que « les témoignages suggèrent que la mort puisse être annoncée par des phénomènes au moment du trépas tels que des visions qui réconfortent les mourants et les préparent spirituellement à la mort » (Brayne, Farnham, Fenwick, 2006). Nous sommes

loin des premières interprétations qui attribuaient les visions à un épisode psychotique, les soignants commencent à reconnaître la nature intrinsèquement bénéfique et rassurante des phénomènes de conscience accrue à l'approche de la mort. Il ressort de cette même étude que les soignants sondés estiment que les phénomènes de conscience accrue font partie intégrante du processus de mourir et sont un indicateur de l'imminence de la mort. Ils considèrent qu'il s'agit d'expériences personnelles intenses qui aident les patients à se réconcilier avec les événements de leurs vies et, par là, à accepter leur mort. Par ailleurs, les soignants soulignent que ce phénomène est bien plus large que l'image classique d'une apparition au pied du lit et qu'il s'agit en fait de transformations psychiques profondes. Les auteurs constatent que les patients parlent plus facilement de ces expériences à leur infirmier et infirmière qu'à leur médecin et que les soignants sont préoccupés par leur manque d'information et de formation qui leur permettraient de reconnaître les implications de ces phénomènes et leur donneraient les moyens de faire face à des questions et situations complexes qui peuvent en résulter. La thèse de masters de Una McConville qui porte sur une revue approfondie de la littérature consacrée au phénomène des visions au moment du trépas confirme que la majorité des récits de ces phénomènes sont confiés aux soignants familiaux et aux infirmiers et infirmières, très peu sont relatés aux médecins (McConville, 2000).

Quels outils, quelles structures ?

Voici donc les infirmiers et infirmières face à leurs patients en fin de vie et chaque accompagnement les confronte à leur propre mortalité. Ils disposent de peu de bagage théorique — l'art de mourir n'est enseigné dans aucune faculté — et affrontent les différentes situations armés de leurs seules sensibilité, expérience de vie et convictions personnelles. Cet état de fait est le reflet des sociétés occidentales dans lesquelles la préparation à la mort n'est pas une tradition cultivée tout au long de la vie comme dans d'autres civilisations.

Dans un premier temps, il est essentiel de reconnaître l'existence des expériences de conscience accrue à l'approche de la mort, quelles qu'en soient la source et la signification. À ce

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

jour, le milieu médical ne concède qu'une attention limitée à ces phénomènes. Ensuite, une solide formation concernant ces expériences permettra aux soignants de mieux comprendre les mourants et de se positionner eux-mêmes face à ce phénomène. Des études complémentaires analysant les conséquences existentielles et spirituelles de ces expériences sur les soignants et leur impact sur leur travail seront nécessaires.

Grâce aux soins palliatifs, en hospice ou à domicile, nous disposons aujourd'hui des structures nécessaires pour offrir aux mourants une fin de vie digne, incluant la dimension émotionnelle et spirituelle. Marie de Hennezel en trace les objectifs :

> « Les soins palliatifs ont développé un idéal fort, mettant en évidence des idéaux incontournables en ce qui concerne la prise en charge de la personne en fin de vie : lutte contre tout processus douloureux, vision et prise en charge globale de la souffrance (physique, psychologique, sociale et spirituelle), reconnaissance de la fin de vie comme une étape de la vie, caractère incontournable du travail en équipe, nécessité d'un accompagnement multidisciplinaire pour rencontrer le patient dans l'ensemble de ses besoins, reconnaissance de la place centrale de la famille dans le soin et l'accompagnement. Cet idéal fort est socialement reconnu au point d'avoir acquis un quasi-statut d'obligation légale[1]. »

Cependant, une réponse thérapeutique adéquate à ces phénomènes de conscience accrue à l'approche de la mort peut et doit être fournie dans tous types de structures et d'établissements.

L'attitude des soignants

Redisons-le ici : la question de savoir s'il s'agit de perceptions « réelles » ou d'un vécu intérieur n'est pas pertinente. Seuls importent le vécu subjectif du patient et ses effets sur son état psychologique et physique, qui s'avèrent intrinsèquement positifs. Des sourires, des gestes ou des paroles apparemment inopportuns et sans objet, la soudaine tentative de sortir du lit doivent attirer l'attention de l'entourage. Certains malades s'irritent ou s'agitent quand ils essaient d'expliquer leur expérience et n'y parviennent pas ou ne sont pas compris. Les personnes non informées du

1. Hennezel M. de (2003). *Mission « Fin de vie et accompagnement »*, rapport remis par Madame M. de Hennezel, chargée de mission, à Monsieur J.-F. Mattéi, ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, t. I-II, p. 70.

phénomène des visions peuvent interpréter ces manifestations comme un état de délire, de confusion ou d'hallucination ou comme des effets secondaires d'un médicament. À l'heure où le malade essaie de décrire son expérience du mourir, il est trop souvent considéré comme confus et ses propos ignorés. Le malade renonce alors à communiquer son vécu intérieur et se retire dans son isolement. Les soignants avertis du phénomène des visions sauront reconnaître ces signes et poseront les questions ouvertes adéquates pour initier un dialogue, tout en laissant le patient déterminer le degré de confidence qu'il souhaite y apporter. Ils confirmeront au malade que ses expériences sont parfaitement naturelles et courantes et n'ont rien d'inquiétant. Ces informations rassureront le malade et il pourra bénéficier pleinement du réconfort qu'il a éprouvé pendant l'expérience. Une parfaite honnêteté est cependant indiquée. Si le malade demande par exemple aux soignants s'ils peuvent voir l'ange qui se tient au pied de son lit, ils peuvent répondre qu'ils ne le voient pas mais qu'ils sont conscients que lui peut le voir et qu'ils sont ravis du bonheur que cela lui procure.

L'*écoute* est la principale qualité qui est demandée aux soignants. Ils seront réceptifs et ouverts aux manifestations de la conscience accrue à l'approche de la mort. Les soignants s'efforceront de créer un espace psychologique sûr dans lequel les mourants pourront partager ouvertement et sincèrement leurs expériences. Des questions ouvertes et la reformulation sont indiquées pour permettre au patient de s'exprimer facilement et dans les limites qu'il choisit. On validera ses commentaires en l'encourageant, sans étonnement et sans jugement. Le soignant peut rejoindre le malade dans sa forme d'expression métaphorique. S'il dit : « Je dois prendre le bateau », il peut lui demander : « À quelle heure partira-t-il ? » Le malade décidera s'il choisit de poursuivre la conversation sur le plan symbolique ou s'il préfère continuer la conversation en langage clair.

Parfois, les mourants semblent vouloir partager une expérience de conscience accrue à l'approche de la mort qu'ils sont en train d'expérimenter, mais ils n'y parviennent pas. Les signes en sont un regard vague, l'impression que le malade regarde à travers la personne présente, la distraction ou le manque d'attention, une réserve

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

inhabituelle, des sourires ou des gestes qui semblent inappropriés tels que le fait de pointer, de tendre les bras ou de faire un signe de la main à quelqu'un ou quelque chose d'invisible. D'autres mourants froissent nerveusement la couverture ou le drap ou essayent de sortir du lit sans raison apparente. Ces comportements doivent attirer l'attention des soignants.

L'agitation ou la détresse peuvent être la réaction face à l'incompréhension du soignant. Il peut alors dire : « Je pense que vous souhaitez me communiquer quelque chose d'important pour vous et je fais de mon mieux pour vous comprendre, mais je n'y arrive pas. Essayez encore de me décrire ce que vous ressentez, ensemble nous y arriverons. » Les soignants tiendront compte du fait que le malade peine peut-être à trouver les mots adéquats, ils éviteront de lui procurer un sentiment d'échec ou de frustration s'il ne parvient pas à décrire son vécu.

Si un propos n'a pas été compris, on peut demander des explications complémentaires sans jamais être invasif. Le sentiment d'isolement et de solitude augmentera si le patient se sent incompris et abandonné. Les descriptions des mourants ne nécessitent pas forcément un commentaire, un sourire, un geste ou la simple présence du soignant peuvent être une réponse suffisante.

Le partage de l'information

Les soignants partageront les manifestations de la conscience accrue à l'approche de la mort avec leurs collègues. Compte tenu de leur caractère épisodique et apparemment incohérent, il s'avère que ces phénomènes ne sont souvent pas consignés dans les dossiers des patients. Le fait de passer ces événements sous silence empêche les autres soignants de prendre connaissance de ces événements importants pour les mourants et d'y apporter une réponse adéquate. Potentiellement, tous les propos des malades peuvent être significatifs, même s'ils paraissent confus à première vue. On peut même envisager de placer un bloc-notes et un crayon à côté du malade qui permette à tous les soignants d'y consigner les gestes, conversations ou attitudes du malade qui sortent de l'ordinaire. Il est conseillé d'organiser des séances de discussion autour de ces phénomènes avec la possibilité d'en analyser la signification et de partager les

conséquences personnelles, voire spirituelles, qu'ils provoquent chez les soignants.

La formation des soignants

Une bonne connaissance de la conscience accrue à l'approche de la mort est un préalable à la prise en charge adéquate des mourants. Une formation spécifique doit être mise en place pour l'ensemble des personnels concernés. Tous les aspects de ce phénomène à facettes multiples doivent être étudiés. Une attention particulière sera portée à la forme d'expression des mourants, notamment au langage symbolique et à sa signification. La différence entre les phénomènes de conscience accrue à l'approche de la mort et les expériences de mort imminente (EMI) doit être enseignée. Des ateliers et des conférences qui explorent également la dimension spirituelle peuvent compléter l'information. Une supervision spécifique aux phénomènes de conscience accrue à l'approche de la mort et leurs implications pour les soignants peut être mise sur pied.

Une source d'inspiration pour les soignants

Élisabeth Kübler-Ross souligne le bénéfice que les soignants peuvent retirer des expériences de leurs patients :

> « Si nous sommes capables d'apprendre à nos étudiants à écouter le langage de nos patients, qu'il soit verbal ou non verbal, symbolique ou concret, ils découvriront vite que les mourants peuvent nous enseigner de nombreuses leçons. Ils ne nous apprennent pas seulement à quoi ressemble le processus de mourir, mais ils nous donnent des leçons de vie. Si nous pouvons faire nôtres quelques-unes de leurs valeurs, nous apprécierons la vie plus pleinement. Nous vivrons chaque jour comme s'il était le dernier, tout en espérant, bien sûr, en vivre des milliers d'autres » (Kübler-Ross, 1974, p. 8).

Callanan abonde dans le même sens :

> « En devenant plus sensibles aux messages et aux besoins des personnes en fin de vie, les soignants deviendront plus performants dans leurs activités et en retireront une plus grande satisfaction » (Callanan et Kelley, 1997, p. 14).

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

BIBLIOGRAPHIE

ARENES J. (1998). *Dis, un jour, moi aussi je mourrai ?*, Paris, Fleurus.

BARRETT W.F. (1926). *Death-Bed Visions*, Londres, Methuen.

BOZZANO E. (1998). *Phénomènes psychiques au moment de la mort*, Paris, JMG (parution originale en 1923).

BRAYNE S., FARNHAM CH., FENWICK P. (2006). « Deathbed phenomena and their effect on a palliative care team : a pilot study », *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, vol. 23, n° 1, p. 17-24.

CALLANAN M., KELLEY P. (1997). *Final Gifts : Understanding the Special Awareness, Needs, and Communications of the Dying*, New York, Toronto, Londres, Sydney, Auckland, Bantam Books.

CALLANAN M. (2008). *Final Journeys : A Practical Guide for Bringing Care and Comfort at the End of Life*, New York, Bantam Books.

DAALEMAN T.P., VANDER CREEK L. (2000). « Placing religions and spirituality in end-of-life care », *Journal of the American Medical Association*, 284(19), p. 2514-2517.

DALAI LAMA (2006*). Vaincre la mort et vivre une vie meilleure : réflexions sur les principes énoncés dans un cours sur les miracles/Sa Sainteté le dalaï-lama*, Paris, J'ai lu. [Trad fr. de *Advice on Dying and Living a Better Life*.]

ETHIER A.M. (2005). « Death-related sensory experiences », *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 22(2), p. 104-111.

GAULD A. (1977) « Discarnate survival », in B. Wolman (éd.), *Handbook of Parapsychology*, New York, Van Nostrand, Reinhold, p. 577-630.

GIOVETTI P. (1999). « Visions of the dead, death-bed visions and near-death experiences in Italy », *Human Nature*, 1(1), p. 38-41.

GROSSO M. (2004). *Exploring the Next World Now*, New York, Paraview Pocket Books.

HANUS M. (2001). *Les Deuils dans la vie, deuils et séparations chez l'adulte et chez l'enfant*, Paris, Maloine.

HANUS M., SOURKES B.M. (1997). *Les Enfants en deuil : portraits de chagrin*, Paris, Frison-Roche.

HARALDSSON E., OSIS K. (1977). *At the Hour of Death*, New York, Avon Books.

HARALDSSON E., OSIS K. (1977). « Deathbed observations by physicians and nurses : A cross-cultural survey », *Journal of the American Society for Psychical Research*, 71, p. 237-259.

HARALDSSON E. (1992) « Erscheinungen von und Berichte über Begegnungen mit Verstorbenen. Eine Analyse von 357 aktuellen Berichten », in A. Resch (éd.), *Aspekte der Paranormologie. Die Welt des Aussergewöhnlichen* (p. 469-484), Innsbruck, Resch Verlag.

HARALDSSON E. (1988-1989). « Survey of claimed encounters with the dead », *Omega, the Journal of Death and Dying*, 19(2), 103-113.

HARALDSSON E. (1987). « The Iyengar-Kirti case. An apparitional case of the bystander type », *Journal of the Society for Psychical Research*, 54, 64-67.

HARALDSSON E. (1994). « Halluzinationen "Plötzlich hörte ich eine Stimme" », *Therapiewoche*, 44(32), 1864-1868.

HENNEZEL M. DE (1996). *La Mort intime : ceux qui vont mourir nous apprennent*, Paris, Pocket.

HENNEZEL M. DE (2000). *Nous ne nous sommes pas dit au revoir : la dimension humaine du débat sur l'euthanasie*, Paris, France Loisirs.

HENNEZEL M. DE (2004*a*). *Fin de vie : le devoir d'accompagnement/rapport au Ministre de la santé*, [rééd. par] Marie de Hennezel *et al.*, Paris, La Documentation française.

HENNEZEL M. DE (2004*b*). *Propositions pour une vie digne jusqu'au bout*, Paris, Le Seuil.

HENNEZEL M. DE (2005). *Le Souci de l'autre*, Paris, Pocket.

HENNEZEL M. DE (2007). *La Chaleur du coeur empêche nos corps de rouiller*, Paris, Robert Laffont.

HENNEZEL M. DE, LELOUP J.-L. (1997). *L'Art de mourir : traditions religieuses et spiritualité humaniste face à la mort aujourd'hui*, Paris, Robert Laffont.

HINSHAW D.B. (2004). « Spiritual issues at the end of life », *Clinics in Family Practice*, 6 (2), p. 423-40.

HOFER M. (2004). *Explique-moi la mort*, Bruxelles-Paris, Lumen Vitae.

HOFER M. (2004). *Explique-moi la mort, cahier enfant et cahier de l'animateur*, Belgique, Averbode.

HOURAN J., LANGE R. (1997). « Hallucinations that comfort : contextual mediation of deathbed visions », *Perceptual and Motor Skills*, juin, 84, p. 1491-1504.

HYSLOP J. H. (1908). *Psychical Research and the Resurrection*, Boston, Small and Maynard.

KÜBLER-ROSS E. (1974). « The languages of the dying patients », *Humanitas*, vol. 10 (1).

KÜBLER-ROSS É. (1975). *Les Derniers Instants de la vie*, Genève, Éd. Labor et Fides. [Trad. fr. de *On Death and Dying*.]

KÜBLER-ROSS É. (1990). *La Mort porte de la vie*, Paris, Le Rocher. [Trad. fr. de *Working it Through*.]

KÜBLER-ROSS É. (1993). *La Mort, dernière étape de la croissance*, Paris, Pocket.

KÜBLER-ROSS É. (1994*a*). *Apprendre à mourir, apprendre à vivre : questions et réponses*, Paris, Le Courrier du livre.

KÜBLER-ROSS É. (1994*b*). *La Mort et l'Enfant : souvenirs, lettres, témoignages*, Paris, Le Rocher. [Trad. fr. de *On Children and Death*.]

KÜBLER-ROSS É. (1998). *La Nostalgie de sa maison, suivie de Déployer les ailes de l'amour*, Paris, Le Courrier du livre.

KÜBLER-ROSS É. (1999*a*). *Mémoires de vie, mémoires d'éternité*, Paris, Pocket. [Trad. fr. de The *Wheel of Life : A Memoir of Living and Dying*.]

KÜBLER-ROSS É. (1999*b*). *Vivre avec la mort et les mourants*, Paris, LGF. [Trad. de *Living with Death and Dying*.]

KÜBLER-ROSS É. (2000). *La mort est une question vitale : l'accompagnement des mourants pour changer la vie*, Paris, Pocket. [Trad. fr. de *Death is of Vital Importance*.]

KÜBLER-ROSS É. (2002). *Accueillir la mort : questions et réponses sur la mort et les mourants*, Paris, Pocket, 2002. [Trad. fr. de : *Questions and Answers on Death and Dying*.]

KÜBLER-ROSS É. (2005*a*). *Avant de se dire au revoir*, Paris, Pocket. [Trad. fr. de *To Live until we Say Goodbye*.]

KÜBLER-ROSS É. (2005*b*). *La mort est un nouveau soleil*, Monaco-Paris, Alphée.

KÜBLER-ROSS É., KESSLER D. (2004). *Leçons de vie : deux experts de la mort et des phases terminales nous révèlent les mystères de la vie*, Paris, Pocket. [Trad. fr. de Life Lessons].

LETHIERRY H. (2004). *Parler de la mort et de la vie, un tabou dans l'éducation ?*, France, Nathan, coll. « Les Repères pédagogiques ».

MCCONVILLE U. (2000). *Ways of Knowing : Accounts of « Sense of Presence » Experiences and Deathbed Visions 1969-1999*, masters in Death & Dying, Université de Reading.

OSIS K. (1986). « Apparitions old and new », in K.R. Rao (éd.), *Case Studies in Parapsychology*, articles présentés en l'honneur du docteur Louise E. Rhine, Jefferson (NC), McFarland, p. 74-86.

OSIS K. (1961). *Deathbed Observations by Physicians and Nurses*, New York, Parapsychology Foundation.

OSIS K., HARALDSSON E. (1977). *Ce qu'ils ont vu… au seuil de la mort*, Paris, France Loisirs.

RHINE L.E. (1957). « Research methods with spontaneous cases », in B. Wolman (éd.), *Handbook of Parapsychology*, New York, Van Nostrand, Reinhold, p. 59-80.

SIEGEL R.K. (1980). « The psychology of life after death », *American Psychologist*, 35, 911-31.

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

STILLION J.M. (2008). « Easing the final exit : exploring nearing death awareness », in *PsycCritiques*, vol. 53, 11.

TART C.T. (1977). in *Psi : Scientific Studies of the Psychic Realm*, New York, E.P. Dutton.

THOULESS R.H. (1984). « Do we survive bodily death ? », in *Proceedings of the Society for Psychical Research*, 57, 1-52.

WALLACE A. (1992). « Head-on crash kills comedian Sam Kinison », *Los Angeles Times*, 12 avril.

WEBB M. (1997). *The Good Death : the New American Search to Reshape the End of Life*, New York, Toronto, Londres, Sydney, Auckland, Bantam Books.

WILLS-BRANDON C. (2000). *One Last Hug before I Go*, Deerfield Beach (FL), Health Communications, Inc.

WOOTEN-GREEN R. (2001). *When the Dying Speak : How to Listen to and Learn from those Facing Death*, Chicago, Loyola Press

WRIGHT K.A. (2004). « Living with dying : conversations with terminally ill patients and their families », in *Dissertation Abstracts International, Section A : Humanities and Social Sciences*, vol. 65, p. 2103.

5

VÉCU SUBJECTIF DE CONTACT AVEC UN DÉFUNT

Evelyn Elsaesser-Valarino

Alors qu'il rentre chez lui au volant de sa voiture, Denis heurte un camion. Il est tué dans l'accident. Lucie et Denis étaient éperdument amoureux, ils offraient le spectacle d'un couple extraordinaire, une complicité rare, un amour évident, et allaient bientôt s'installer sous le même toit. Denis venait de dépasser la quarantaine et envisageait cette nouvelle vie avec beaucoup d'excitation. Lucie avait mis sa maison en vente. Elle y est restée ce soir-là, devant se lever très tôt le lendemain matin. Elle laisse aussi son portable allumé malgré l'heure tardive, Denis va téléphoner dès qu'il sera arrivé. Ce sont les pompiers qui appellent. Dans les jours qui suivent l'accident, Lucie ne peut se résoudre à dormir dans la maison de Denis. Ce lit défait, son odeur dans les draps... tout cela est trop violent, trop soudain, tellement impensable. Lorsqu'épuisée, submergée de douleur, elle revient finalement dans cette maison, accompagnée d'amis, elle décide d'y rester pour la nuit. Ses amis repartent et elle se retrouve bientôt seule. Elle va dans leur chambre, et, les épaules enroulées dans un vêtement de son homme, elle se laisse glisser sur le lit. Lucie s'allonge et quelque chose en elle lâche prise, s'abandonnant, elle ferme les yeux. Soudain, elle sent Denis la rejoindre. Il est là, contre elle, elle en est persuadée. Une pression, comme celle d'un corps, creuse le matelas à côté d'elle. L'expérience est si intense que Lucie est submergée par l'émotion. Denis est là, « il est venu pour me réconforter. Il a senti que je n'en pouvais plus... et il est venu me dire qu'il serait là ! ». Lucie me raconte cette expérience le lendemain soir. Elle est très embarrassée parce qu'elle ne sait pas du tout à qui en parler, et elle a besoin d'en parler (Allix, 2009).

DÉFINITION

Les récits de contacts ou communications que des personnes décédées semblent initier à l'égard de leurs proches (les récepteurs) ont été étudiés, surtout aux États-Unis, sous la dénomination *After-Death Communications* (ADC). Nous avons créé l'expression « vécu subjectif de contact avec un défunt » (VSCD), car ces expériences, parfois de nature très subtile, n'impliquent pas nécessairement une communication, mais sont souvent simplement une impression de contact ou de présence. Nous nous limitons dans un premier temps à la description des expériences spontanées et directes, (une expérience qui se produit sans intention ni cause externe apparente) impliquant des proches ou des personnes émotionnellement liées, passant par divers sens et revêtant des formes et des intensités variées. Cette définition exclut les sentiments de contacts avec des « entités spirituelles » ou des « anges ».

CONTENU ET DESCRIPTION DES VÉCUS SUBJECTIFS DE CONTACT AVEC UN DÉFUNT

Une étude menée par les Américains Bill et Judy Guggenheim[1] a permis de caractériser les vécus subjectifs de contact avec un défunt. Dès 1988, ils ont mené des entretiens avec deux mille Américains et Canadiens et analysé trois mille trois cents récits. Sur cette base, ils ont établi une classification (voir encadré ci-dessous).

Classification des « vécus subjectifs de contact avec un défunt » (VSCD)

VSCD de « ressenti d'une présence »

C'est la forme de contact la plus courante. Le récepteur sent la présence du proche décédé, mais il peut ni le voir ni l'entendre. Les contacts sont généralement décrits comme emprunts d'amour et l'expérience est réconfortante, voire joyeuse.

VSCD auditif

La communication peut être à sens unique ou réciproque ; la voix peut être entendue comme arrivant de l'extérieur, à l'instar d'une

☞

1. *http://www.after-death.com/*.

☞ conversation entre vivants, ou être perçue comme une voix intérieure qui communique un message de manière télépathique.

VSCD tactile

Le récepteur sent un contact sur une partie de son corps, par exemple une main posée sur son épaule ou l'impression que le défunt le prend dans ses bras. Le geste est habituellement décrit comme typique pour le défunt.

VSCD olfactif

La personne décédée semble se manifester par une fragrance qui la caractérisait, son parfum, un arôme de tabac, etc.

VSCD visuel

Une grande diversité d'expériences visuelles est rapportée. Elles peuvent se diviser en deux catégories : les perceptions partielles et entières. Les apparitions vont de la vision d'une silhouette brumeuse et semi-transparente à la perception d'un corps parfaitement solide, en passant par tous les stades intermédiaires. Le récepteur peut apercevoir soit uniquement la tête et les épaules, soit la personne décédée dans son intégralité. Ces apparitions peuvent se produire à l'intérieur, souvent dans la chambre à coucher, généralement à côté ou au pied du lit, ou à l'extérieur, voire même dans une voiture ou un avion. Les cas où une personne voit l'apparition d'un parent qu'il ne connaît pas et qu'il identifie par la suite sur une photo, par exemple la mère naturelle d'une personne adoptée ou un ancêtre, sont parmi les plus spectaculaires. Un récepteur peut apercevoir une « vision dans un cadre », soit en deux dimensions, soit en trois dimensions. Ces visions, qui sont peu courantes, se présentent habituellement avec des couleurs éclatantes et peuvent être perçues soit comme une personne extérieure, soit comme une image mentale.

VSCD en état de somnolence

Ces expériences se produisent quand le récepteur est en train de s'endormir ou de se réveiller, de méditer ou de prier.

VSCD pendant le sommeil (rêves)

Les expériences qui se produisent pendant le sommeil sont bien plus nettes, intenses, colorées, cohérentes et réelles que des rêves. Elles ne revêtent pas le caractère complexe, symbolique et fragmenté des rêves, mais ressemblent davantage aux vécus subjectifs de contact avec un défunt en état de veille. Ces expériences sont très courantes.

VSCD en état de décorporation

Ces expériences peuvent se produire pendant le sommeil ou la méditation. Les personnes qui ont vécu ce phénomène disent avoir quitté

☞

© InterEditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

☞ leur corps physique et visité leurs proches décédés dans la dimension dans laquelle ils semblent désormais se trouver. Ces expériences sont perçues comme extrêmement nettes, intenses et réelles, « plus réelles que dans la vie physique ».

VSCD au moment du décès

Le récepteur, en état de veille ou en se réveillant la nuit, entend ou voit l'apparition d'un proche qui lui annonce avec calme sa mort imminente (« Je viens te dire adieu, je pars maintenant »). Ces expériences, qui se produisent à l'heure exacte du décès qui a lieu à distance, précèdent l'annonce du trépas. Dans certains cas ces décès n'étaient pas prévisibles car la personne n'était pas malade. Il arrive également que le récepteur n'ait pas vu la personne depuis longtemps (ami d'enfance, etc.). David Fontana (2003), professeur aux universités de Cardiff et de Liverpool au Royaume-Uni, signale des cas, plus proches d'une prémonition, pendant lesquels les récepteurs prennent conscience du décès d'un proche avant l'annonce, en ressentant des sensations physiques relatives à la maladie ou à l'accident qui causent le décès (douleur dans la poitrine, mal de tête, etc.). Ces cas se produisent plus fréquemment si le lien émotionnel entre le récepteur et le défunt est particulièrement fort[1].

VSCD par le biais d'appels téléphoniques

Ces vécus subjectifs de contact avec un défunt, assez rares, peuvent se produire quand le récepteur est en état de veille, ou ils peuvent le réveiller pendant son sommeil. Quand il répond au téléphone, il entend un bref message de l'être décédé. Une communication bilatérale peut se produire.

VSCD se manifestant par des phénomènes physiques

Les récepteurs relatent une vaste gamme de phénomènes physiques supposés provoqués par leur proche décédé : clignotement de lumières ; mise en marche de lampes, de chaînes hi-fi, de téléviseurs ou d'objets mécaniques ; arrêt de montres et d'horloges au moment du décès ; déplacement ou retournement de photos, d'images ou d'autres objets ; s'y ajoute une longue liste d'objets qui « font du bruit la nuit ».

VSCD symbolique

Ces expériences subtiles sont accueillies par les récepteurs comme un signe ou un clin d'œil du défunt et ne prennent sens que par l'interprétation que les survivants leur donnent. Ces expériences sont souvent basées sur un vécu commun ou sur une préférence du

☞

1. Fontana D. (2003) in ParaDocs, *http://www.paranet.fi/paradocs/tutkimuksia.html*.

☞ défunt. Il peut s'agir d'animaux, souvent d'oiseaux ou de papillons, qui semblent se comporter de manière inhabituelle, par exemple en s'approchant de l'endeuillé de façon inaccoutumée et répétée, de phénomènes météorologiques comme un arc-en-ciel qui se produisent à un moment singulier, de la fleur préférée du défunt rencontrée dans la nature à un endroit insolite ou hors saison, d'objets ayant appartenu au défunt retrouvés de manière inattendue, etc.

VSCD effrayante

Le premier type de VSCD effrayant se réfère à des contacts qui peuvent appartenir à n'importe laquelle des catégories et dont le message est perçu comme rassurant et aimant, mais qui déclenchent néanmoins une frayeur, voire une panique chez le récepteur. L'étrangeté de l'événement, qui ne correspond pas au système de croyance du récepteur, le plonge dans un effroi important. Le second type d'expériences effrayantes se produit dans les rêves quand le défunt apparaît au récepteur de manière menaçante. Ces deux types d'expériences effrayantes sont extrêmement rares.

VSCD de « protection »

Ces expériences qui surviennent en situation de crise ont pour conséquence d'éviter un drame tel un accident, un incendie, une agression, un problème de santé non diagnostiqué, un petit enfant en danger, etc. Lorsqu'une personne est sur le point de se suicider, un proche qui peut être décédé depuis longtemps semble intervenir pour l'en dissuader en lui expliquant que son problème n'est que passager et qu'une solution sera trouvée. Il s'agit souvent d'un premier contact qui survient des années, voire des dizaines d'années après le décès.

VSCD « pratique »

Nous identifions sous cette appellation les expériences lors desquelles les défunts donnent une information matérielle à leurs proches. Il peut s'agir d'économies gardées secrètes et cachées dans des endroits introuvables, d'une police d'assurance ou d'autres documents dont les survivants ont un urgent besoin.

VSCD partagée

Les expériences visuelles, auditives, tactiles, olfactives, ainsi que les sentiments d'une présence peuvent occasionnellement être perçus au même moment par plusieurs personnes réunies dans un même lieu. Ce partage renforce l'impression de réalité de l'expérience.

VSCD par personne interposée

Louis LaGrand, professeur émérite de l'université de New York et conseiller en gestion du deuil, ajoute les vécus subjectifs de contact

☞

© InterEditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

☞ avec un défunt délivré par une tierce personne à cette classification. Lors de ces expériences, des personnes externes reçoivent un message destiné à la personne en deuil. Ce type d'expériences ne correspond que partiellement à nos critères de sélection, elles sont spontanées car non sollicitées par les récepteurs mais elles ne sont pas directes. Les cas où le destinataire du message ne connaît ni le défunt ni le survivant, mais semble quand même avoir été choisi comme messager, sont parmi les plus spectaculaires (Ring, 1984, p. 165).

Multiplicité des vécus subjectifs de contact avec un défunt (VSCD)

Plusieurs types d'expériences peuvent se produire simultanément, un récepteur peut par exemple sentir la présence du défunt qui lui met une main sur l'épaule et lui parle tout en dégageant une fragrance familière. La multiplicité des manifestations, simultanées ou séparées dans le temps, est corroborée par une enquête menée par l'Américain James A. Houck, professeur associé du Neumann College à Aston (PA), qui indique que les endeuillés vivent dans leur majorité entre deux et quatre types de vécus subjectifs de contact avec un défunt (Houck, 2005, p. 124) perçus comme étant initiés par le même défunt. Houck constate que sur les cinquante-neuf participants à l'étude qui avaient été l'objet de VSCD pendant un rêve, seuls douze expérimentaient des contacts exclusivement pendant des rêves, les quarante-sept restants rapportaient des contacts pendant des rêves en combinaison avec des VSCD olfactifs, visuels, auditifs ou olfactifs/auditifs. Pour les soixante-trois participants qui n'avaient pas fait de VSCD pendant un rêve mais en état de veille, la majorité des contacts étaient olfactifs, suivis d'expériences auditives, auditives/tactiles et visuelles (Houck, 2005, p. 122).

Le professeur de psychologie islandais Erlendur Haraldsson a mené des entretiens individuels avec cent personnes qui avaient vécu des VSCD en état de veille, trente-cinq hommes et soixante-cinq femmes. Dans quatre-vingt-quatre cas, des perceptions sensorielles étaient rapportées et dans seize cas des impressions non visuelles mais très puissantes de « présence du défunt » étaient signalées. Les cent témoignages de VSCD se divisaient comme suit : cinquante-neuf perceptions visuelles, vingt-quatre perceptions auditives, sept perceptions tactiles, cinq perceptions olfactives et

seize cas d'impression de « présence du défunt » (Haraldsson, 1994). Le total excède cent puisque quelques individus ont expérimenté plusieurs VSCD. Dans deux tiers des cas, il s'agissait d'expériences uniques de courte durée.

Nous regrettons l'absence d'analyses fines de grande envergure qui permettraient d'identifier le pourcentage d'occurrence par type de VSCD sur une large échelle. La recherche indique pour l'instant uniquement que les VSCD les plus fréquentes sont ceux qui impliquent l'impression d'une présence et ceux se produisant pendant le sommeil (LaGrand, 1999 ; Wright, 1998).

Fréquence des VSCD

Comme il ressort de la classification Guggenheim et Guggenheim, les VSCD sont de types et d'intensité très divers. De nombreuses personnes en deuil ont ressenti la présence d'un proche décédé dans un moment d'intense tristesse ou, au contraire, alors qu'elles ne s'y attendaient pas et étaient absorbées par leurs activités quotidiennes, tandis que l'apparition complète du défunt suivie d'un dialogue bilatéral par exemple est plus rare. Cette grande disparité doit être prise en compte lors de l'analyse de la fréquence d'occurrence de ces contacts.

Dans le cadre d'une large enquête européenne portant sur des valeurs humaines (*European Human Values Survey* European Value Systems Study Group, 1987) effectuée dans sa première version entre 1980 et 1983 dans treize pays, les expériences psychiques ont été analysées dans les domaines de la télépathie, de la clairvoyance et du contact avec les morts.

Pour ce dernier, la question : « Avez-vous déjà eu l'impression d'être réellement en contact avec une personne décédée ? » a été posée aux individus sondés. De grandes différences nationales ont été relevées allant de 9 % à 41 %.

L'Islande prenait la tête avec 41 % de personnes qui ont répondu positivement à la question posée, suivaient l'Italie avec 34 %, l'Allemagne de l'Ouest avec 28 %, la Grande-Bretagne avec 26 %, la France avec 24 %, la Belgique avec 18 %, l'Irlande et l'Espagne avec 16 %, la Finlande et la Suède avec 14 %, la Hollande avec 12 %, le Danemark avec 10 % et la Norvège avec 9 %. En résumé, il ressort

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

qu'un quart des Européens signale un contact direct avec un être décédé (moyenne pondérée par rapport à la taille des populations) (Haraldsson, 2006, p. 179).

Le chercheur et médecin britannique W.D. Rees a contacté 81 % de tous les veufs et veuves d'une province du Pays de Galles, un total de deux cent quatre-vingt-treize individus, et a découvert que 50 % des veufs et 46 % des veuves avaient expérimenté en état de veille un contact avec leur partenaire décédé, dont 39 % ont senti leur présence, 14 % les ont vus, 13 % les ont entendus et 12 % ont communiqué avec eux. Par ailleurs, 3 % avaient été touchés physiquement par leur partenaire décédé (Rees, 1971). Les contacts entre époux sont plus fréquents que ceux adressés à d'autres proches, Long et Long les estiment entre 47 % et 51 %[1].

Long et Long publient des statistiques plus anciennes sur leur site : 50 % des veuves anglaises interrogées ont affirmé en 1958 avoir eu ce type de contacts, 47 % des veuves au Pays de Galles interrogées en 1971 ont fait le même constat[2].

Guggenheim et Guggenheim estiment qu'entre 60 et 120 millions d'Américains auraient vécu une ou plusieurs expérience(s) subjective(s) de contact avec des défunts, soit 20 % à 40 % de la population globale des États-Unis. LaGrand (2001, p. 27) avance le chiffre de 70 millions ou 44 % d'Américains. Dans une enquête portant sur cent soixante-deux individus, Houck (2005) a constaté que cent vingt-deux endeuillés (75 %) ont rapporté au moins un vécu subjectif de contact avec un défunt, incluant quatre-vingt-douze femmes (84 % des femmes) et trente hommes (58 % des hommes).

Andrew Greeley, professeur de sociologie aux universités de Chicago et d'Arizona, a entrepris en 1973 une enquête nationale auprès de mille quatre cent soixante-sept Américains en posant la question : « Vous est-il arrivé d'avoir l'impression d'être réellement en contact avec une personne décédée ? » : 42 % des personnes interrogées ont répondu positivement. Greeley constate que « plus de 50 millions de personnes vivent de telles expériences, dont six millions de manière fréquente ». Les veufs et veuves ont signalé des

1. *http://www.adcrf.org/brief_overview_adc.htm.*
2. *http://www.adcrf.org/ADC%20Overview.htm.*

contacts avec leur partenaire décédé dans 51 % des cas (Greeley, 1975).

Que signifient ces statistiques ? En premier lieu, un fait central : on constate qu'il ne s'agit incontestablement pas d'un phénomène marginal ; les VSCD, quelles qu'en soient la forme ou l'intensité, se produisent ou sont perçus comme se produisant par un nombre important de personnes à travers le monde.

Identité des parties impliquées et nature de la relation

Dans une enquête de Haraldsson portant sur cent vingt-sept individus, 53 % des défunts qui « initiaient » le VSCD étaient des parents proches, 10 % étaient des amis ou des collègues, 11 % des connaissances ou des étrangers et 26 % n'ont pas pu être identifiés (Haraldsson, 1988-1989, p. 110).

Long et Long ont analysé un échantillonnage de quarante-six contacts, trente-cinq (76 %) se sont produits entre des parents et seulement cinq (14 %) entre des personnes proches mais non apparentées[1]. Ces chiffres devront être corroborés ou invalidés par des enquêtes quantitativement plus importantes.

En ce qui concerne la nature de la relation, sur trois cent cinquante-cinq personnes interrogées par Long et Long, deux cent quatre-vingt-un (79,2 %) jugent leur relation avec le défunt de proche à très proche. Vingt-deux (6,2 %) individus décrivent leur rapport avec le défunt comme conflictuel, ces contacts sont alors vécus comme devant possiblement servir à résoudre des problèmes restés irrésolus au moment du décès. Les 14,6 % restant concernent des personnes qui n'avaient pas eu de relation particulièrement proche avec le défunt, qui étaient trop jeunes au moment du décès de celui-ci pour le connaître ou des contacts « initiés » par des bébés décédés peu de jours après leur naissance[2].

1. *http://www.adcrf.org/index2.htm*.
2. *http://www.adcrf.org/adcrf_research.htm*.

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Instant et circonstance de la survenue du vécu subjectif de contact avec un défunt

Un VSCD est toujours lié à un décès, récent ou plus ancien. La majorité des expériences surviennent dans l'année qui suit le décès, avec une forte concentration entre un à sept jours après le décès. Long et Long indiquent que sur deux cent trente-huit témoignages, quarante-six (19 %) des VSCD se sont produits dans les vingt-quatre heures ou moins après le décès[1]. D'autres contacts se produisent à une fréquence décroissante de deux à cinq ans après le trépas. Les expériences qui ont lieu entre cinq ans et plus de trente ans après le décès sont plus rares et entrent souvent dans la catégorie des VSCD de protection.

En ce qui concerne les conditions de survenue des VSCD, Long et Long constatent que pour la moitié des individus compris dans leurs enquêtes, ils se produisaient en état de veille et pour l'autre moitié pendant un rêve ; très peu de personnes étaient en état méditatif ou somnolent. Les récepteurs voient ou sentent généralement la présence *d'un seul proche décédé*. Ceci semble logique pour les contacts en état de veille, mais plus étonnant pour les rêves qui mettent habituellement en scène plusieurs personnes, vivantes ou décédées. Dans une de leurs études portant sur trois cent quatre-vingt-quinze récepteurs qui avaient vécu des expériences subjectives de contact avec un défunt aussi bien en état de veille que pendant un rêve, Long et Long ont constaté que seuls quatre (1 %) récepteurs rapportaient des visions de personnes aussi bien décédées que vivantes. Les chercheurs en concluent que les VSCD du type onirique diffèrent sensiblement des rêves communs[2].

Haraldsson, de son côté, conclut de son enquête qu'un peu moins que la moitié des perceptions se sont produites à la lumière du jour ou dans un endroit éclairé par une lumière électrique, tandis que 25 % des expériences sont survenues immédiatement avant l'endormissement ou au réveil. Une analyse plus fine donne les résultats suivants : 44 % des cas se sont produits à la lumière du jour ou dans un endroit éclairé par une lumière électrique ; 20 % au

1. *http://www.adcrf.org/index2.htm*.
2. *http://www.adcrf.org/adcrf_research.htm*.

crépuscule ; 9 % dans l'obscurité ; 29 % variable/pas spécifié. 30 % des cas sont survenus alors que le récepteur était physiquement actif ; 24 % en état de repos ; 8 % lors de l'endormissement ; 17 % lors du réveil ; 15 % entre sommeil et éveil ; 5 % en d'autres circonstances (Haraldsson, 1994).

Les recherches ne confirment pas la supposition commune que les VSCD se produisent comme réponse à un état de désespoir de la personne en deuil. LaGrand estime que 99 % des contacts ont lieu quand le récepteur est calme, ne pense pas à la personne décédée et vaque à ses activités quotidiennes. Le contact se produit tout à coup, sans raison apparente. Il ne répond pas à une attente mais constitue un élément de surprise. Dans des cas plus rares, les endeuillés prient pour obtenir un signe et, parfois, il se produit effectivement (Haraldsson, 1994). Haraldsson confirme que les contacts qui se sont produits lorsque les récepteurs étaient tristes ne représentent que 11 % des cas (Haraldsson, 1994, p. 1865).

La durée des VSCD est généralement courte et varie entre quelques secondes et quelques minutes, des expériences combinées tendent à durer plus longtemps.

La majorité des vécus subjectifs de contact avec un défunt se produisent sans qu'une tierce personne puisse en témoigner. Long et Long ont cependant relevé dans l'une de leurs enquêtes que cent trois (24,6 %) des récepteurs avaient un témoin, notamment lors d'un VSCD qui se manifestait par des phénomènes physiques (déplacement d'objets, mise en marche d'appareils, de luminaires, etc.). Un cas particulièrement intéressant concerne des jumeaux qui, se trouvant dans des lieux différents, expérimentent simultanément le même VSCD[1]. Les VSCD qui sont vécus simultanément par plusieurs personnes réunies dans un même lieu rentrent dans cette même catégorie.

Le contenu des messages

En règle générale, l'expérience est perçue comme une initiative du défunt, dont l'objectif serait de réconforter son proche et de l'aider à gérer son deuil. Le défunt « communique » qu'il continue à

1. *http://www.adcrf.org/adcrf_research.htm*.

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

exister, qu'il va bien et qu'il est heureux, mais ne décrit pas d'autres éléments de sa nouvelle condition. Les communications portent toutes plus ou moins sur le même type de messages rassurants : « Je vais bien... ne t'inquiète pas pour moi... » ; « Ne sois pas triste... laisse-moi partir... je suis heureux... » ; « Je serai toujours à tes côtés et je veillerai sur toi... pardonne-moi... merci pour tout ce que tu m'as donné... » ; « Nous nous reverrons, je t'aime ». Des messages à connotation négative ne sont signalés que très exceptionnellement. Bev Taylor, professeur de soins infirmiers à la Southern Cross University au New South Wales en Australie, souligne que, dans bien des cas, ce n'est pas le contenu des messages *per se* qui est important pour les récepteurs mais leur conviction que leur proche décédé ait établi un contact avec eux (Taylor, 2005).

Le profil du récepteur

Le récepteur est en général une personne en deuil ou, très exceptionnellement, une personne qui reçoit un message pour une tierce personne qui, elle, est en deuil. Les spécificités du récepteur telles que le sexe, l'âge, le niveau social, l'instruction, la religion, l'appartenance ethnique et la nationalité ne semblent déterminantes ni pour l'occurrence de l'expérience, ni pour son contenu. L'interprétation du message reçu est cependant individuelle, liée au vécu spécifique du récepteur. Long et Long signalent que davantage de défunts de sexe masculin semblent initier les contacts et que les récepteurs sont majoritairement des femmes[1]. Haraldsson corrobore ce constat, il ressort de son étude portant sur trois cent cinquante-sept individus que 77 % des défunts initiant les contacts étaient masculins, mais dans son enquête, les récepteurs étaient à part égale des hommes et des femmes (Haraldsson, 1992). Par ailleurs, il relève que 23 % des défunts qui semblent avoir initié les contacts étaient décédés d'une mort violente (Haraldsson, 1994, p. 1866). Ce chiffre est corroboré par les résultats d'une étude plus ancienne entreprise par des chercheurs britanniques et publiée en 1918 qui indique que 27,5 % des défunts initiant les contacts avaient été victimes de mort violente (Gurney, Myers, Podmore, 1918). Ces résultats

1. *www.adcrf.org/adcrf_research.htm*.

rejoignent la croyance populaire présente dans de nombreux pays du monde stipulant que les individus décédés de mort violente (meurtres, suicides) apparaissent plus souvent aux vivants que les personnes décédées dans d'autres circonstances.

W.D. Rees, professeur à l'université de Londres, découvrit dans une étude portant sur deux cent quatre-vingt-treize veufs et veuves que les individus qui souffraient de dépression suite au décès de leur conjoint et bénéficiaient de soins thérapeutiques n'expérimentaient proportionnellement pas plus de VSCD que les autres participants. Il en conclut que « les *hallucinations* de ce type doivent être considérées comme un phénomène normal » (Rees, 1971).

Houck estime que la cause du décès n'est pas un élément déterminant (Houck, 2005, p. 122), les morts violentes semblent pourtant constituer une exception. Le fait d'être croyant, agnostique ou athée n'influence en rien la nature de l'expérience ni la probabilité de la vivre. Les enfants peuvent en faire l'objet au même titre que les adultes. Il semblerait que des parents qui ont perdu un enfant vivent proportionnellement plus souvent un VSCD que d'autres groupes de personnes en deuil[1]. LaGrand (2008) rapporte que des enfants expérimentent fréquemment des VSCD qui ne sont souvent pas pris au sérieux par leurs parents[2]. Les leçons qu'ils retirent de ces expériences ne sont généralement pas avalisées par les adultes et ils sont laissés à eux-mêmes pour donner un sens à ces événements. Hart(2003) et Lawson (2000) constatent que ces expériences tendent à modifier la vision du monde de ces enfants, à influencer les choix qu'ils feront plus tard dans leur vie et à leur procurer une profonde révérence de la vie.

Le deuil

Nous sommes tous confrontés un jour ou l'autre à la perte d'un être cher. Selon le degré de l'attachement émotionnel qui nous lie à cette personne, le cours de notre vie en est bouleversé plus ou moins profondément et notre équilibre psychique peut être mis en

1. *www.adcrf.org/ADC%20Overview.htm*.
2. Entretien accordé le 12 janvier 2008 à Stéphane Allix et Paul Bernstein pour l'INREES.

© InterEditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

péril. Quel que soit notre parcours personnel, que nous nous soyons ou non préparés spirituellement et philosophiquement à ce type de traumatisme, le décès d'un être aimé représente dans tous les cas un bouleversement profond de notre existence. Les personnes en deuil sont fragilisées tant sur le plan émotionnel, psychologique et philosophique que physique, et un long chemin de révolte, de tristesse, d'anxiété, de dépression, de culpabilité et, finalement, d'acceptation, s'ouvre devant elles. Selon les circonstances du décès et le degré d'attachement au défunt, le processus du deuil peut être complexe et prolongé dans le temps.

Signification psychologique du deuil

Le psychiatre-psychanalyste français Michel Hanus, président de l'association Vivre son Deuil, décrit ainsi la signification psychologique du deuil[1] :

« Le processus du deuil est l'expression manifeste des effets du travail psychologique inconscient qui s'effectue (travail du deuil) au travers de la souffrance et d'un mouvement de régression psychique. Il se fait essentiellement dans trois dimensions :

- *la reconnaissance de la réalité de la perte*. Elle n'est pas immédiate. Cette réaction de refus est tout à fait normale. Elle sera peu à peu dépassée mais un certain temps est nécessaire. La reconnaissance est porteuse de détresse et de souffrance. Sans souffrance il n'y a pas de deuil ;
- *le renforcement des liens intérieurs avec la personne perdue*. Toute la vie de la personne en deuil y est consacrée. C'est au travers de la reviviscence des souvenirs que s'effectue le nécessaire travail de détachement vis-à-vis de la personne disparue ;
- *la prise en compte des sentiments inconscients de culpabilité*. Elle est également nécessaire au cheminement du travail de deuil et responsable en partie de la douleur. Ces sentiments sont en relation avec la nature toujours ambivalente de tous les attachements, même si nous refoulons immanquablement les tendances hostiles qui ne manquent pas de les accompagner, au moins à certains moments. »

Le renforcement des liens intérieurs avec la personne perdue nous intéresse tout particulièrement, le désir de contact avec la personne disparue étant de toute évidence une composante naturelle du deuil.

1. *www.prevention.ch/lepreuvedudeuil.htm*.

La problématique des vécus subjectifs de contact avec un défunt se situe dans ce contexte.

Discussion sur le sens de l'expérience : normalité ou hallucination

La question de « l'authenticité » de ce phénomène se pose sur le plan intellectuel, bien que la force de ces expériences soit telle que les récepteurs ne doutent généralement pas de la réalité de leur vécu. Cette question dépasse le cadre de ce manuel. Cependant, les professionnels de santé en charge d'une personne qui a vécu une expérience de contact subjectif avec un défunt se trouvent confrontés à une interrogation complexe : s'agit-il d'une hallucination ? de l'expression d'une psychose ? d'une compensation inconsciente ? d'un phénomène auto-généré ? Plusieurs hypothèses peuvent être proposées.

La première est de postuler que le raisonnement du récepteur est désorganisé en conséquence du stress du deuil. Il peut être passagèrement instable, confus ou émotionnellement égaré, en état de dépression et en forte demande de recevoir un signe du défunt. Dans cette hypothèse, on peut supposer qu'il s'agisse d'hallucinations générées par l'inconscient et basées sur des souvenirs pour aider l'individu à supporter son chagrin, ou de produits d'une imagination suractivée. La psychanalyste américaine L.-J. Kaplan souligne que le dialogue est un besoin si central pour l'être humain qu'il ne peut s'en passer (Kaplan, 1995). Dialoguer intérieurement avec le proche décédé est une composante normale du processus de deuil. Dans une étude portant sur des personnes âgées ayant perdu récemment leur partenaire, John Costello et Kevin Kendrick (2000) constatent que « dans un sens symbolique, ce dialogue avec la représentation intérieure du partenaire décédé est une source de réconfort ». Cependant, les VSCD qui se produisent des années, voire des dizaines d'années après le décès peuvent difficilement être considérés comme des réactions liées au stress immédiat du deuil, pas plus que ceux qui se produisent à l'instant même du décès, voire avant son annonce. Les VSCD par personne interposée ne peuvent pas non plus être expliqués par cette hypothèse psycho-dynamique.

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

On peut être également amené à attribuer ces expériences à un état de désordre mental. Dans cette optique, les VSCD seraient considérés comme étant d'origine pathologique.

Témoignage du professeur Greyson

Pour le docteur Bruce Greyson (2008) professeur de psychiatrie, directeur de la *Division of Perceptual Studies* et du département de médecine psychiatrique de l'université de Virginie :

« Beaucoup de patients évoquent des expériences religieuses inhabituelles. Ils peuvent par exemple avoir entendu Dieu leur parler. Comment savoir s'il s'agit d'une illusion ou non ? En réalité, il y a différents types de messages provenant de Dieu. Certains patients m'affirmeront que Dieu est venu leur dire qu'ils devaient être punis et que c'est la raison pour laquelle ils se sont tailladés les poignets le matin même, car ils estiment être fondamentalement mauvais. Pour moi, c'est pathologique, car c'est un comportement inadapté. En conséquence, si vous traitez ces personnes en considérant qu'il s'agit d'un état pathologique par une psychothérapie ou la prescription de médicaments anti-psychotiques, elles cesseront d'y croire et mèneront une vie plus productive. D'autres personnes viendront me dire : "Dieu m'a parlé aujourd'hui, me disant d'arrêter d'être affligé par la mort de ma mère, parce qu'elle se trouve dans un endroit meilleur qu'ici et que tout va bien pour elle." Elles se sentent mieux, réconfortées par cette supposée conversation avec Dieu. Et je n'essayerai pas de leur enlever cette expérience. Si je leur proposais une psychothérapie ou des médicaments pour qu'elles arrêtent d'y croire, cela ne marcherait pas.

[...]

La définition de l'hallucination proposée par le dictionnaire — par ailleurs identique à la définition médicale — est : "sentiment de percevoir, alors qu'il n'y a rien de physique qui puisse être perçu". Mais en fait, on utilise le terme « hallucination » assez librement. Il peut vouloir dire "percevoir quelque chose que les autres ne perçoivent pas". Cela décrit l'hallucination de type pathologique, quand il n'y a rien à percevoir, mais cela peut aussi décrire d'autres types d'expériences que personne n'est en mesure de vérifier. Alors, bien que le mot "hallucination" ait une connotation pathologique, on l'emploie parfois pour décrire des expériences qui ne sont pas pathologiques. L'exemple le plus répandu concerne ces soi-disant hallucinations consécutives à des deuils où 50 % des veufs ou des veuves verront, entendront ou sentiront le conjoint décédé. Cela n'avance à rien de qualifier ces expériences "d'hallucinations pathologiques". Elles ne provoquent aucune détresse, aident ceux qui les vivent et par ailleurs, elles ne sont accompagnées d'aucun autre symptôme de maladie mentale. Les personnes qui souffrent d'hallucinations pathologiques, qui voient

> vraiment des choses qui n'existent pas, montrent souvent — je devrais dire systématiquement — d'autres signes de maladie mentale, soit une détérioration de la personnalité, soit des changements d'humeur qui accompagnent les hallucinations, leur comportement change, elles s'embrouillent, perdent la notion du temps, ne savent pas où elles sont, montrent beaucoup de confusion en tout... Une hallucination ne survient pas dans le vide, mais dans un *contexte,* celui d'une détérioration mentale. Et ce n'est absolument pas ce que l'on rencontre dans les soi-disant hallucinations des personnes en deuil. Ces gens sont parfaitement normaux, excepté qu'ils voient, entendent ou soient touchés par des proches décédés. Dans ce contexte on ne peut parler d'hallucination. Mais malheureusement on ne dispose pas d'un autre mot, sauf si on utilise le terme religieux de "vision" ou le terme paranormal d'"apparition", mais il n'existe pas de terme scientifique pour désigner une perception non partagée. »

OBSERVATION DES EFFETS DE L'EXPÉRIENCE

Les suites de l'expérience

Vivre une expérience subjective de contact avec un défunt est un événement marquant. Que ces contacts soient la réponse à un désir intime ou qu'ils se produisent de manière complètement inattendue et non sollicitée, leur force est telle que les récepteurs ne doutent pas de leur authenticité. Pour la grande majorité, il s'agit d'une expérience bouleversante, par beaucoup considérée comme spirituelle, qui peut être perçue comme une indication subjective forte que la personne décédée est heureuse et continue à exister dans une dimension inconnue. Ces contacts constituent des souvenirs qui sont chéris toute une vie, ils entrent dans l'histoire familiale et sont transmis de génération en génération. Pour certains récepteurs cependant, ces expériences sont perturbantes, angoissantes, voire effrayantes, soit parce qu'elles ne cadrent pas avec leur vision de la réalité — ce qu'ils pensent percevoir n'est pas censé être possible — soit parce qu'elles réveillent des peurs, liées, par exemple, à l'enfance.

Suite à ces expériences subjectives, de nombreuses personnes renforcent ou modifient leur système de croyance. Leur peur de la mort diminue et leur existence est vue dans une nouvelle perspective. De nombreux récepteurs s'ouvrent à la spiritualité.

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Long et Long relèvent dans une de leurs études qu'un quart des trois cent cinquante-cinq récepteurs participant à l'enquête a abandonné sa religion catholique après l'expérience au profit d'une forme plus personnelle de spiritualité après l'expérience. Ils définissent la spiritualité comme le renoncement au dogme d'une religion organisée en faveur de la mise en pratique de l'esprit de la religion dans la vie quotidienne[1].

Bien que le degré de l'impact des VSCD varie d'une personne à une autre, l'élément commun et décisif consiste en la confirmation subjective, ou la découverte, qu'un être décédé semble continuer à exister dans une dimension inconnue.

Sur un plan plus personnel, les récepteurs ont l'impression de continuer à être aimés, le défunt paraît veiller sur eux depuis une autre dimension, l'amour semble survivre à la mort. Ces éléments constituent une puissante source de consolation. LaGrand souligne que « la motivation de réinvestir dans la vie est souvent due à la conviction que le défunt s'est manifesté pour apporter un réconfort » (LaGrand, 2005, p. 5). Dans d'autres cas, des affaires relationnelles douloureuses ou conflictuelles restées en suspens lors du décès peuvent trouver leur résolution pendant ces contacts.

Comme souligné par Hanus, le refus de reconnaître la réalité de la perte d'un être aimé est un élément majeur et normal du travail de deuil. La difficulté à accepter cette réalité est souvent source de dépression et le principal obstacle pour avancer sur le chemin de la résolution du deuil. Les VSCD sont perçus comme l'indication que le contact n'est pas interrompu complètement ce qui peut aider les personnes en deuil à accepter le décès.

Les VSCD peuvent aider le récepteur à dépasser le sentiment de l'absurdité de la mort du proche. Il se sent inclus dans un ensemble qui le dépasse et qu'il ne comprend pas mais qui semble néanmoins donner *un sens* au drame qu'il vit. L'être cher n'est plus à ses côtés mais il semble continuer à exister quelque part et l'endeuillé ne se sent plus seul avec sa peine. La question du sens est un élément crucial du travail de deuil.

1. *www.adcrf.org/adcrf_research.htm*.

L'effet thérapeutique des vécus subjectifs de contact avec un défunt

Les VSCD procurent l'impression que le proche décédé continue à exister, qu'il est heureux et qu'il veille sur le récepteur. Les contacts *post mortem* sont emprunts d'amour et de sollicitude et apportent réconfort et apaisement aux récepteurs. Ils considèrent l'événement comme réel, suivent les conseils reçus lors des contacts, ajustent leur système de croyance en conséquence et élaborent un nouveau sens de la vie et de la mort. LaGrand relève que « ces expériences entraînent en quelques secondes des changements thérapeutiques qui prendraient des mois, voire des années avant de pouvoir se mettre en place. Elles changent complètement la manière dont le récepteur considère la perte de l'être aimé[1] ». LaGrand souligne que ces événements transformateurs n'aident pas seulement à gérer le deuil mais forment la base d'une solide croyance en une vie après la mort (LaGrand, 2005, p. 9). L'espoir d'une réunion au-delà de la mort est sous-jacent et peut être un facteur primordial dans la phase de reconstruction après la perte de l'être aimé. Les vécus subjectifs de contact avec un défunt sont souvent le point de départ d'une remise en question spirituelle et d'une nouvelle vision du monde.

Julie Starr Parker a écrit en 2004 une thèse de doctorat à la Saybrook Graduate School and Research Center à San Francisco en Californie sous le titre *Communications d'après mort et résolution adaptative du deuil* (Parker, 2004). La doctorante a utilisé une approche qualitative pour déterminer l'impact des VSCD rapportés par douze sujets sur le processus de deuil. L'étude montre que malgré le travail de deuil en cours et des constellations de deuil complexes, onze des douze participants ont expérimenté des changements positifs suite au VSCD, tels que le développement personnel et/ou spirituel (éléments qui constituaient le critère pour la « résolution adaptative du deuil »). Parker constate que pour les sujets pour lesquels le processus de deuil avait abouti à une résolution adaptative du deuil, les VSCD avaient joué un rôle important et répondu à des besoins spécifiques dans le cadre du travail de deuil (et

1. Entretien accordé le 12 janvier 2008 à Stéphane Allix et Paul Bernstein pour l'INREES.

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

pour certains également en dehors du contexte du deuil). Parker conclut que pour ces douze participants, les VSCD n'étaient pas un signe de psychopathologie mais faisaient partie d'une expérience humaine normale. Ils constituaient, pour tous les sujets sauf un, une composante naturelle du chagrin et/ou du travail de deuil et facilitaient l'assimilation du décès de l'être cher ou tout au moins permettaient l'ajustement à la nouvelle situation.

D'autres recherches, notamment liées à la gestion du deuil, ont été entreprises. Stanley Krippner, professeur de psychologie au Saybrook Graduate School and Research Center de San Francisco, a passé en revue la littérature sur les VSCD de 1894 à 2005 et arrive à la conclusion qu'ils ont un effet positif sur les personnes qui les expérimentent. Il constate que les états dépressifs invalidants des endeuillés se dissipent graduellement quand ils acquièrent la certitude que le défunt ne souffre d'aucune manière mais que, bien au contraire, il est heureux. Dans d'autres cas de contact *post mortem*, des conflits qui sont restés irrésolus ont pu être réglés. Krippner conclut que « les vécus subjectifs de contact avec un défunt ont une nature clairement thérapeutique » (Storm, Thalbourne, 2006).

Ruth Davies, maître de conférences spécialisée en pédiatrie à la School of Health Science de l'université du Pays de Galles Swansea, en Grande-Bretagne, a examiné sur la base de la littérature professionnelle pertinente couvrant la période de 1916 à 2003 les changements de comportement des parents qui ont perdu un enfant en Grande-Bretagne et aux États-Unis (Davies, 2004). L'analyse de la littérature révèle des différences fondamentales entre les traditionnels et les nouveaux modèles de gestion du deuil. Les nouveaux modèles remettent en question la pertinence du postulat naguère dominant selon lequel la résolution du deuil passe par le détachement et la cassure des liens avec l'être aimé défunt. Le concept du travail de deuil de Freud marquait fortement les anciens modèles. Dans l'approche psychanalytique, le travail entrepris avec les personnes en deuil visait l'expression consciente des sentiments et la confrontation avec la réalité de la perte. Selon Lindemann, le but de cette approche était « l'émancipation de l'asservissement au défunt, le réajustement à l'environnement et la formation de nouvelles relations » (Lindemann, 1944).

Le rôle des professionnels ne consiste plus à aider l'endeuillé à renoncer à la relation intérieure avec le défunt, mais au contraire à lui trouver une place appropriée dans sa vie émotionnelle. Les nouveaux modèles se basent sur le fait que notamment les parents maintiennent un lien intérieur avec leurs enfants décédés.

Dans une étude phénoménologique de quatre-vingts mères endeuillées, Kay Talbot, conseillère en gestion du deuil à Vallejo en Californie, met en évidence que le souvenir et le maintien du lien intérieur avec l'enfant décédé constituent un facteur de consolation (Talbot, 2002). Le maintien du lien peut se réaliser par le fait de parler de l'enfant décédé avec l'entourage ou dans des groupes de parole pour parents endeuillés, par des souvenirs matériels (photos, objets, etc.) ou par des conversations intérieures avec l'enfant. Il a été démontré que les parents ont besoin de parler de leur enfant décédé et l'influence qu'il continue à exercer sur leur vie a été établie.

Ethan R. Benore, directeur du Pediatric Psychology Fellowship Program à la Bowling Green State University et Crystal L. Park, professeur associée de psychologie à l'université du Connecticut, soulignent la volonté des personnes en deuil de maintenir des souvenirs du défunt afin de l'ancrer solidement dans leur existence. Ils appellent les liens qui lient les vivants et les morts des « attachements continus ». La croyance populaire très répandue en une continuation littérale des relations avec un être décédé a été négligée par la recherche scientifique. Les chercheurs argumentent que la croyance en une relation littérale continue, qui reflète une connexion continue et réciproque, est qualitativement très différente des manifestations symboliques d'attachement qui s'expriment par exemple sous forme d'une communion à travers la nature ou l'impression que l'esprit du défunt est *quelque part par ici* (Benore, Park, 2004, p. 10).

Concernant les processus de deuil, LaGrand argumente que les vécus subjectifs de contact avec un défunt sont les véhicules idéaux pour agir sur ces processus :

> « Sans s'y limiter, ils permettent de former une nouvelle identité, d'établir une nouvelle relation avec le défunt et de retirer de lui de l'énergie émotionnelle qui peut être réinvestie dans de nouveaux objectifs de vie. Ceci n'implique en aucune manière un désinvestissement émotionnel complet à l'égard du défunt.

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

> Bien au contraire, l'établissement d'une nouvelle relation avec le défunt est sain et se base sur des souvenirs, des traditions et sur tout ce qui a été appris dans cette relation du vivant de l'être cher. Par ailleurs, l'établissement d'une nouvelle relation est le véhicule qui permet d'évaluer les valeurs, de s'adapter à l'absence physique du défunt, de trouver du réconfort et de donner un sens à ce décès » (LaGrand, 2005, p. 14-15).

Benore et Park établissent un lien entre la croyance en une vie après la mort et un attachement continu à la personne défunte. La combinaison de ces deux principes permet aux endeuillés qui épousent ces croyances de ne plus considérer la mort comme une fin abrupte mais plutôt comme un nécessaire ajustement à la nouvelle existence du défunt, modifiée mais persistante, et « à la relation subséquente continue » qui peut avoir lieu. Ils ajoutent que « la période de deuil offre une opportunité de croissance à travers cette expérience en rendant le survivant plus fort, plus décidé et mieux préparé à affronter les pertes inévitables rencontrées pendant une vie » (Benore, Park, 2004, p. 15).

Le souhait, voire la nécessité émotionnelle pour tout type d'endeuillés de maintenir un lien avec le défunt sur une longue durée n'est plus considéré dans les nouveaux modèles comme un désir impossible et pathologique. Dans la même mouvance, les phénomènes liés à la mort ne sont plus forcément dépréciés comme irrationnels et hallucinatoires, ni considérés comme nuisant au travail de deuil.

Walter attribue ce changement d'attitude, entre autres, à la montée de la laïcité qui implique que l'interdit protestant d'antan de communier avec les morts n'a plus la même emprise sur les gens. Par ailleurs, le grand public a pu prendre connaissance d'autres cultures et d'autres grandes religions qui maintiennent traditionnellement des contacts avec les défunts (Walter, 1999). Davies conclut que les nouveaux modèles de gestion du deuil mettent l'accent sur la connexion qui existe entre les êtres humains, sur les liens qui les unissent à leurs proches décédés et sur les relations qu'ils continuent à entretenir avec eux.

L'évolution sociétale en faveur d'une meilleure acceptation du maintien du lien intérieur avec les personnes décédées permettra sans doute aux récepteurs de parler plus facilement et plus largement de leurs VSCD. Au fur et à mesure que les récits de ces expériences

se multiplieront et se banaliseront, la crainte des récepteurs de se ridiculiser ou de passer pour des malades mentaux devrait diminuer, voire disparaître.

PATHOLOGIES LIÉES AU VÉCU SUBJECTIF DE CONTACT AVEC DES DÉFUNTS

Vivre un VSCD est une chance et un réconfort certain dans une période d'intense tristesse et de désorientation. Pour ceux et celles qui considèrent ce contact comme un ultime cadeau d'adieu de l'être aimé qui les aide à continuer leur chemin de vie, l'événement peut être considéré comme positif et bénéfique pour le travail de deuil. Le danger se profile quand le récepteur souhaite ardemment que le contact se reproduise le plus souvent possible, quand il met son quotidien entre parenthèses dans l'attente d'un signe du défunt, quand le travail de deuil est gelé par l'expectative d'un nouveau message. Les vécus subjectifs de contact avec un défunt renforcent alors l'incapacité de l'endeuillé à accepter la réalité de la perte de l'être aimé, condition primordiale pour la résolution du deuil. Le récepteur peut se perdre dans l'illusion que le proche décédé est constamment à ses côtés, prêt à se manifester à tout moment. Dans ces cas, il existe un réel danger qu'une dépendance pernicieuse s'installe, qui peut aboutir à des troubles pathologiques.

L'absence de VSCD peut constituer un risque élevé pour les endeuillés qui attendent avec désespoir un signe qui n'arrive pas. Les cas de suicides inexpliqués, notamment de jeunes, peuvent plonger l'entourage dans des abîmes de questionnements et de culpabilité. La tentation de tout mettre en œuvre pour provoquer un contact est grande et peut devenir obsessionnelle. Le recours aux médiums est alors souvent la seule lueur d'espoir pour ces personnes mais LaGrand les met en garde contre le danger de toutes sortes de dépendances qui peuvent être liées à cette démarche[1] (voir plus loin dans ce même chapitre).

1. *Idem*.

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

ACCOMPAGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Le deuil est un processus complexe et sa résolution saine dépend de nombreux facteurs qui sont liés aussi bien à l'endeuillé et à la relation qui le liait au défunt qu'aux circonstances du décès. Une vaste littérature professionnelle est disponible dans ce domaine, mais dans cette riche palette il manque presque complètement des publications qui mettent le travail de deuil et les VSCD en relation. Benore et Park font remarquer que la popularité des contacts d'outre-tombe révèle un fort intérêt du grand public pour ces phénomènes que beaucoup de personnes considèrent comme réels, bien qu'ils ne puissent être vérifiés scientifiquement à l'heure actuelle. Malheureusement, poursuivent-ils, les psychologues négligent généralement de reconnaître ces phénomènes comme une réalité phénoménologique ou comme une réalité perçue par beaucoup d'individus ; ils étudient le processus de deuil sans tenir compte de cet aspect essentiel au deuil vécu par la population qu'ils étudient (Benore, Park, 2004, p. 6).

Les contacts *post mortem* sont des expériences subjectives. L'état actuel de la recherche ne permet ni de prouver ni de réfuter la réalité objective de ces expériences, mais tel n'est pas le propos de l'encadrement thérapeutique. Comme pour toute expérience extraordinaire, le rôle des professionnels de la santé ne consiste pas à se prononcer sur l'authenticité de ces phénomènes. La riche gamme des VSCD s'étend de l'apparition d'un défunt qui surgit avec un corps solide devant le récepteur étonné et engage un dialogue avec lui, à la réunion avec le proche décédé pendant un rêve en passant par toutes les déclinaisons intermédiaires. Le travail de deuil implique et nécessite une constante reviviscence des souvenirs, un dialogue intérieur, un face-à-face secret, voire des pensées invasives. Cet ensemble de re-mémorisations, heureuses par moments, douloureuses à d'autres, est le lot des personnes qui ont perdu un proche et constitue les premiers pas vers la résolution du deuil. Les VSCD s'intègrent dans ce processus long et complexe et seuls les récepteurs sont en mesure de leur donner leur juste place et leur véritable signification.

Ainsi, le rôle du professionnel de santé consistera à se préoccuper de *l'effet* que ces expériences ont sur les personnes qui en ont

été l'objet et à les inclure avantageusement dans l'encadrement thérapeutique. Quelle que soit l'origine des vécus subjectifs de contact avec un défunt, ils constituent un facteur de guérison puissant et efficace.

Dans cet objectif, le professionnel de santé offrira une écoute active, ouverte, empathique et sans jugement qui permettra à l'endeuillé de parler en toute sécurité de son expérience. Un VSCD n'est pas facile à partager. Certains récepteurs craignent de se ridiculiser, d'autres ont peur de ne pas être pris aux sérieux. Le caractère intime et émotionnel des contacts *post mortem* les amène à les dévoiler uniquement quand ils se sentent en confiance et en sécurité avec le professionnel de la santé. Ces récits ne seront donc pas forcément révélés lors d'une première consultation.

En règle générale, les femmes parlent plus facilement de leurs vécus subjectifs de contact avec un défunt que les hommes. Le rôle du professionnel de santé consistera dans un premier temps à informer le récepteur que les VSCD sont un événement normal, courant et non pathologique. Les récepteurs ont besoin d'une validation, c'est la condition pour leur utilisation dans le cadre du travail thérapeutique. LaGrand ajoute au sujet des récepteurs :

> « C'est leur deuil, leur expérience, leur interprétation — et le plus important — leur croyance, pas la nôtre. En fin de compte, eux et eux seuls sont responsables de gérer leur deuil » (LaGrand, 2005, p. 14).

L'intégration du VSCD doit se réaliser dans le cadre plus général du travail de deuil qui est un processus complexe à multiples facettes. Une information sur le processus du deuil en général et les VSCD en particulier aidera le récepteur à mettre son expérience personnelle dans une perspective plus globale.

LaGrand fait état de quatre conditions préalables pour utiliser le potentiel transformatif des contacts *post mortem* dans un cadre thérapeutique : une parfaite connaissance du phénomène, un examen de routine, des techniques de validation, et la connaissance du système de croyance du récepteur :

> « Il est essentiel de comprendre la nature du phénomène, en particulier les divers types de VSCD, les messages que les endeuillés pensent avoir reçus, leur signification pour le survivant et leur potentiel pour gérer une perte ou un changement » (LaGrand, 2005, p. 13).

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Le thérapeute est amené à analyser avec le récepteur quelle *signification* il donne à cette expérience. Se basant sur sa longue expérience, LaGrand constate que dans 1 % des cas, les récepteurs ressentent un urgent besoin de mettre fin à leur vie pour rejoindre l'être décédé, réaction pathologique qui doit appeler un suivi psychologique extrêmement attentif. Dans 99 % des cas cependant, les récepteurs ne sont ni effrayés ni perturbés par ces contacts et en retirent un bénéfice considérable[1]. Une nouvelle conception de la mort peut être un élément décisif pour la gestion du deuil.

L'effet thérapeutique du vécu subjectif de contact avec un défunt est puissant. LaGrand remarque que « pour une perte, quelle qu'elle soit, il est normalement impossible qu'une expérience — et une seule — puisse en une seule fois effacer tout ce chagrin[2] ». C'est pourtant ce qu'il observe dans le cadre de VSCD.

Il semble raisonnable de juger l'arbre à ses fruits. Tant que le message reçu est positif et aimant, tant que ses effets sont réconfortants et aident à guérir les blessures du deuil, tant que les contacts sont accueillis comme un cadeau sous forme d'un dernier adieu et non pas recherchés avec frénésie, obstination et obsession, aussi longtemps que tous ces éléments sont réunis, il n'y a aucun intérêt thérapeutique à mettre ces expériences subjectives en doute ni à mettre les personnes en deuil en garde.

Puisqu'il s'agit d'une expérience intime et subtile — et qui se produit dans une période où le récepteur est émotionnellement fragilisé par le deuil —, une réception sceptique, voire hostile, de son récit peut le déstabiliser. La plus grande prudence de la part du thérapeute est donc indiquée et la reformulation plutôt qu'un avis personnel tranché doit être privilégiée.

Les VSCD symboliques sont les premiers à être mis en doute et écartés comme de simples coïncidences par les interlocuteurs extérieurs. Toutefois, il est vrai que le danger d'une surinterprétation de la part du récepteur n'est pas à exclure. Quand l'endeuillé interprète chaque nuage qui passe comme un signe du défunt, une certaine vigilance est de mise.

1. *Idem*.
2. *Idem*.

Il faut être prudent et veiller à ne pas passer d'une négation complète des liens qui peuvent persister entre les vivants et les morts à un surinvestissement de ce phénomène. La recherche indique que les VSCD se produisent dans leur majorité une seule fois. À la lumière de cette donnée, il nous paraît délicat voire exagéré de parler avec Benore et Park d'une *relation littérale continue* (Benore, Park, 2004, p. 15). Il nous semble que ce type d'interprétation des VSCD ne tient pas assez compte du contenu des messages qui peut être résumé très schématiquement comme suit : *je vais bien, je t'aime, ne sois pas triste, continue ta vie* complété par un large éventail de propos spécifiques au récepteur. Ces messages ressemblent davantage à un dernier adieu plutôt qu'à l'initiation d'une relation continue.

La mission à la fois difficile et noble du thérapeute consiste à aider l'endeuillé à donner le sens juste au VSCD qu'il a vécu, tout en le mettant dans une perspective qui lui permette d'en retirer tous les bénéfices et réconforts possibles mais sans qu'il l'empêche à résoudre son deuil et continuer son chemin de vie.

Comme LaGrand et d'autres chercheurs l'ont mis en évidence avec insistance, une formation des professionnels de la santé à la phénoménologie, aux conséquences et au potentiel thérapeutique des VSCD est primordiale. Une fois formés, ils auront un important rôle à jouer dans l'instruction et l'encadrement des endeuillés dans le domaine des vécus subjectifs de contact avec un défunt.

BIBLIOGRAPHIE

ALLIX S. (2009). *La mort n'est pas une terre étrangère*, Paris, Albin Michel.

ARCANGEL D. (2005). *Afterlife Encounters*, Charlottesville (VA), Hampton Roads.

BENORE E.R., PARK C.L. (2004). « Death-Specific Religious Beliefs and Bereavement : Belief in an Afterlife and Continued Attachment », *The International Journal of the Psychology of Religion*, 14 (1), p. 1-22.

BOTKIN A. I. (2005). *Induced After-Death Communication : A New Therapy for Healing Grief and Trauma*, Charlottesville (VA), Hampton Roads.

BROOKS M. (2005). « 13 things that do not make sense », *New Scientist*, p. 30-36.

BURTON J. (1982). « Contact with the dead : A common experience ? », *Fate*, avril, p. 65-73.

CARDEÑA E., LYNN S., KRIPPNER S. (2000). « Anomalous experiences in perspective », Cardeña E., Lynn. S, Krippner S. (éd.). *Varieties of Anomalous Experiences : Examining the Scientific Evidence* (p. 3-22), Washington DC, American Psychological Association.

CONANT R. (1996). « Memories of the death and life of a spouse : the role of images

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

and sense of presence in grief », Klass D., Silverman P., Nickman S. (éd.), *Continuing Bonds : New Understanding of Grief* (p. 179-196), Washington DC, Taylor and Francis.

COSTELLO J., KENDRICK K. (2000). « Grief and older people : the making or breaking of emotional bonds following partner loss in later life », *Journal of Advanced Nursing*, 32, 6, p. 1374-1382.

DAVIES R. (2004). « New Understanding of Parental Grief : Literature Review », *Journal of Advanced Nursing*, 46, 5, p. 506-513.

DAGGETT L.M. (2005). « Continued encounters : The experience of after-death communication », *Journal of Holistic Nursing*, 23, 191-207.

DAWSON L. (2000). *Visitations from the Afterlife*, San Francisco, HarperSanFrancisco.

DEVERS E. (1994). « Experiencing the deceased », *Florida Nursing Review*, 1(3), p. 7-13.

DEVERS E., ROBINSON K. (2002). « The making of a grounded theory : After-death communication », *Death Studies*, 26 (3), p. 241-253.

DREWRY M.D.L. (2003). « Purported after-death communication and its role in the recovery of bereaved individuals : A phenomenological study », *Proceedings, Annual Conference of the Academy of Religion and Psychical Research*, 2003 (p. 74-87), Bloomfield (CT), Academy of Religion and Psychical Research.

EUROPEAN VALUE SYSTEMS STUDY GROUP (1987). *Information Bulletin 1987*, Tilburg, The Netherlands, Tilburg University (mimeographed).

FONTANA D. (2005). *Is there an afterlife ? : a comprehensive overview of the evidence*, Hants, Angleterre, O Books.

GREELEY A.M. (1987). « Hallucinations among the Widowed », *Sociology and Social Research,* 71, 4, p. 258-265.

GREELEY A.M. (1975). *The Sociology of the Paranormal : a Reconnaissance*, Beverly Hills, Sage Publ.

GROSSO M. (2004). *Exploring the Next World Now*, New York, Paraview Pocket Books.

GUGGENHEIM B., GUGGENHEIM J. (1996). *Hello from Heaven ! A New Field of Research Confirms that Life and Love are Eternal*, New York, Bantam.

GURNEY E., MYERS F.W.H., PODMORE F. (1918). *Phantasms of the Living*, Londres, Kegan Paul, Trench, Trubner ; New York, E.P. Dutton.

HARALDSSON E. (1988). « Survey of claimed encounters with the dead », *Omega*, 19 (2), p. 103-113.

HARALDSSON E. (1992). « Erscheinungen von und Berichte über Begegnungen mit Verstorbenen : eine Analyse von 357 aktuellen Berichten », in A. Resch (éd.), *Aspekte der Paranormologie : die Welt des Aussergewöhnlichen*, Innsbruck, Resch Verlag, p. 469-484.

HARALDSSON E. (1994) « Halluzinationen : Plötzlich hörte ich eine Stimme », *Therapiewoche*, 44, 32, p. 1865.

HARALDSSON E. (2006). « Popular psychology, belief in life after death and reincarnation in the Nordic countries, Western and Eastern Europe », *Nordic Psychology*, 58 (2), p. 171-180.

HOUCK J.A. (2005). « The Universal, multiple, and exclusive experiences of after-death communication », *Journal of Near-Death Studies*, 24 (2), p. 117-127.

HOYT M. (1980). « Clinical notes regarding the experience of "presences" in mourning », *Omega*, 11, p. 105-111.

KALISH R.A., REYNOLDS D.K. (1973). « Phenomenological reality and post-death contact », *Journal for the Scientific Study of Religion*, 12, p. 209-221.

KAPLAN L.-J. (1995). *No Voice is Ever Wholly Lost*, New York , Simon & Schuster.

KRIPPNER S. (2006). « Getting through the grief : after-death communication experiences and their effects on experients », Thalbourne M.A., Storm L. (éd.), *The Survival of Human Consciousness*, Jefferson (NC), McFarland, p. 174-193.

KÜBLER-ROSS E. (1999). *Les Derniers Instants de la vie*, Genève, Labor et Fides, 1999. [Titre original : *On death and dying*.]

LAGRAND L. (1999). *Messages and Miracles : Extraordinary Experiences of the Bereaved*, St. Paul, (MN), Llewellyn.

LAGRAND L. (2001). *Gifts from the Unknown : Using Extraordinary Experiences to Cope with Loss and Change*, San José, New York, Lincoln, Shanghai, Authors Choice Press.

LAGRAND L. (2005). « The Nature and Therapeutic Implications of the Extraordinary Experiences of the Bereaved », *Journal of Near-Death Studies*, 24(1), automne, p. 3-20.

LAWSON L. (2000). *Visitations from the Afterlife*, San Francisco, Harper San Francisco.

LINDEMANN E. (1944). « Symptomatology and management of actue grief », *American Journal of Psychiatry*, 101, p. 141-148.

PARKER J.S. (2004). *After-Death Communication Experiences and Adaptative Outcomes of Grief*, San Francisco, Saybrook Graduate School and Research Center.

REES W.D. (1971). « The hallucinations of widowhood », *British Medical Journal*, 4, p. 37-41.

RHINE L.E. (1960). « The evaluation of non-recurrent psi experiences bearing on *post mortem* survival », *Journal of Parapsychology*, 24, p. 8-25.

RING K. (1984). *Heading toward Omega : In Search of the Meaning of the Near-Death Experience*, New York, William Morrow.

ROGO D.S., BAYLESS R. (1979). *Phone Calls from the Dead : The Results of a Two-Year Investigation into an Incredible Phenomenon*, Englewood Cliffs (NJ), Prentice-Hall.

STEVENSON I. (1982). « The contribution of apparitions to the evidence of survival », *Journal of American Society for Psychical Research*, 76, p. 341-357.

STEVENSON I. (1995). « Six modern apparitional experiences », *Journal of Scientific Exploration*, 9, p. 351-366.

STORM L., THALBOURNE M.A. (éd.). (2006). *The Survival of Human Consciousness : Essays on the Possibility of Life After Death*, Jefferson (NC), McFarland.

SUTHERLAND C. (1997). *Beloved Visitors : Parents Tell of After-Death Visits from their Children*, Sydney, Bantam Books.

TALBOT K. (2002). *What Forever Means after the Death of a Child*, Londres, Brunner-Roudledge.

TART C. (1996). « Who might survive the death of the body ? », in L.W. Bailey et J. Yates (éd.), *The Near-Death Experience*. Londres-New York, Routledge.

TAYLOR B. (2005). « Reflections of a perimortal companion : Wili's story », *Spirituality and Health International*, 6, (1), p. 6-20.

WALLISS J. (2001). « Continuing bonds : relationships between the living and the dead within contemporary Spiritualism », *Mortality*, 6 (2), p. 127-145.

WALTER T. (1999). *On Bereavement : The Culture of Grief*, Buckingham, Open University Press.

WOODS L. (1998). *Visions of the Bereaved : Hallucination or Reality ?*, Pittsburgh (PA), Sterling House.

WRIGHT S.H. (2006). « Clues to the nature of the afterlife from after-death communication », *Journal of Spirituality and Paranormal Studies*, 29, 3, p. 149-159.

WRIGHT S.H., KATRA J. (2006). « Jointly sensed messages from the afterlife », *ITC Journal*, n° 26, p. 36-40.

6

EXPÉRIENCES DE « SORTIE HORS DU CORPS » (EHC)

Paul Bernstein[1]

> « À l'adolescence, j'ai commencé à vivre des choses bizarres. À partir de 13 ans, et surtout la nuit, je me retrouvais dans mon sommeil au-dessus de mon corps.
>
> Je me souviens que la première fois j'ai été effrayé mais pourtant j'ai eu envie de refaire l'expérience, même si je ne le faisais pas exprès, et surtout sans savoir comment je le faisais. Je suis un petit dormeur et cela depuis toujours. J'ai également le sommeil léger et c'est sans difficulté que les nuits suivantes je me suis à nouveau retrouvé à plusieurs reprises au-dessus de mon lit, me regardant dormir. En étant pleinement conscient et voyant mon petit frère dans son lit — il partageait la même chambre — j'ai pris de plus en plus d'assurance et j'ai commencé à voyager, d'abord en restant à proximité de mon corps, puis de plus en plus loin, sachant que je pouvais revenir dans mon corps dans un claquement de doigts. »

DÉFINITION

Selon le psychologue et psychanalyste Pascal Le Maléfan (professeur à l'université de Rouen) l'expérience de sortie hors du corps (EHC) est « un état modifié de conscience où le sujet ressent son esprit séparé de son corps physique, mais de façon plus "vraie" qu'un rêve » (Le Maléfan, 2005, p. 519).

Il base cette définition sur les recherches du psychanalyste Glen Gabbard de la clinique Menninger au Kansas (USA) et du psychiatre

1. Traduit de l'américain par Hélène Pau.

Stuart Twemlow de la faculté de médecine de l'université du Kansas, qui ont étudié ensemble plus de trois cents expérienceurs EHC (Gabbard, Twemlow, 1984, p. 5). Le docteur Le Maléfan fait également référence à la longue définition proposée par le docteur Charles Tart, psychologue chercheur à l'université de Californie (Davis), qui écrivit :

> « L'expérience de sortie hors du corps (EHC) [...] est l'expérience pendant laquelle les sujets perçoivent depuis un autre endroit que celui occupé par leur corps physique. Ils ont généralement le sentiment d'être dans leur état ordinaire de conscience, de sorte que les concepts d'espace, de temps et de lieu font sens. Par ailleurs, ils éprouvent la sensation de ne plus être liés à leur corps physique ou d'en être temporairement déconnectés » (Tart, 1998, p. 77).

Pour les nombreuses personnes qui ne rapportent qu'une expérience de ce genre, ces deux définitions sont appropriées. Cependant, les personnes qui ont appris à les provoquer de manière régulière rapportent qu'il peut parfois se produire un *changement* de l'environnement lors de ces expériences. Elles passent du monde matériel tridimensionnel tel qu'on le connaît à un monde aux dimensions différentes, moins matériel, plus lumineux — et que certains qualifieraient de « spirituel ». (Ces différents types d'environnements sont décrits dans la section « Environnements expérimentés lors d'une EHC ».)

Dans de nombreux cas, les recherches effectuées sur les expériences de sorties hors du corps incluaient les personnes dont l'EHC faisait partie d'une expérience de mort imminente (EMI). Ceci peut réduire l'exactitude des observations concernant les EHC car les expériences de mort imminente ont souvent des caractéristiques qui sont rarement, voire jamais, présentes au cours d'une EHC. Nous nous appuyons dans ce chapitre sur les recherches qui ont isolé les cas se rapportant exclusivement aux EHC. Lorsque quelques cas d'EMI ont néanmoins été inclus dans ces études, ils ont alors été classés séparément. Ce chapitre se concentre donc exclusivement sur les données portant sur les EHC seules. (Les EMI sont examinées de manière isolée dans le chapitre 3.)

Par le passé, plusieurs noms ont été donnés à l'expérience de sortie hors du corps : « dédoublement », « fantôme du vivant », « voyage astral » et « projection astrale ». Dans le monde médical

actuel, l'expérience est parfois associée à des problèmes médicaux nommés « autoscopie », « héautoscopie », « dissociation », « dépersonnalisation » et « déréalisation ». Des recherches pointues ont été menées ces dernières décennies afin d'établir des distinctions entre ces différents états, de sorte qu'aujourd'hui, on peut différencier de manière plus précise les expériences qui relèveraient d'un trouble de la personnalité de celles qui, au contraire, seraient plutôt des états de conscience modifiés ne présentant aucun élément psychopathologique. Ces distinctions sont examinées dans la section « Psychopathologie ».

Fréquence

On estime que 10 % la population française rapporte avoir vécu au moins une expérience de sortie hors du corps (Bourgine, 1993, p. 13). Des proportions similaires ont été trouvées par les chercheurs concernant les populations d'autres pays : par exemple, 12 % en Grande-Bretagne (Blackmore, 1984), 8 % en Islande (Haraldsson, 1977) et 10 % aux États-Unis (Alvarado, 2000, p. 185).

Pour certains expérienceurs, il est fréquent de vivre plus d'une EHC dans leur vie. En effet, une analyse de dix-neuf études scientifiques menées entre 1960 et 1984 fait ressortir que les deux tiers des personnes rapportant une EHC en ont fait l'expérience plus d'une fois. Seul 30 % rapportent ne l'avoir vécue qu'une seule fois au cours de leur vie (Alvarado, 1986*b*).

CONTENUS DE L'EXPÉRIENCE

Ci-dessous sont représentées les différentes caractéristiques et séquences de perceptions couramment rencontrées pendant une *première* expérience de sortie hors du corps spontanée (Alvarado, 2000, p. 186-197 ; Gabbard et Twemlow, 1984, p. 18-21 ; Monroe, 1996 ; Vieira, 2002 ; Buhlman, 1998) (encadré ci-dessous). Une seconde liste, quelque peu différente, décrit les séquences de perceptions rapportées par les personnes ayant vécu plus d'une expérience de sortie hors du corps.

Pendant la première sortie hors du corps spontanée

Stade 1

Soit la personne :

- bouge comme à l'ordinaire et se rend soudainement compte que sa main ne peut plus rien saisir et qu'elle passe même à travers les objets

☞

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

☞ (comme lorsqu'elle tente de saisir une poignée de porte) (Buhlman, 1998).

Soit :

- elle bouge comme à l'accoutumée et remarque soudainement qu'une personne se trouve sur la chaise, le lit, ou l'endroit qu'elle occupe ; avant de constater que cette autre personne est son propre corps physique (Green, 1970 ; Gabbard, Twemlow, 1984, p. 6, 95).

Soit :

- elle observe soudainement son environnement immédiat du dessus, et aperçoit son propre corps physique au-dessous d'elle (Monroe, 1996) ;
- dans environ 10 % des cas, les individus disent voir également un fin cordon reliant leur moi perceptif à leur corps physique (Alvarado, 2000, p. 186 ; Forhan, 1926, p. 75-77 ; Bruce, Mercer, 2005, p. 47).

Stade 2

L'individu jette un coup d'œil au « corps » de son moi perceptif afin de le comparer au moi physique qu'il vient juste d'apercevoir au-dessous de lui ou à une courte distance.

- La plupart du temps, le « corps » de ce moi perceptif apparaît à l'expérienceur sous la même forme que son corps physique habituel. Cependant, sa substance semble être vaporeuse ou luminescente, et non pas solide et reflétant la lumière comme d'habitude.
- Par contre, dans environ un tiers des cas, les expérienceurs ne voient pas de forme du tout pour ce corps désormais flottant. Ils ont plutôt l'impression d'être juste un point de conscience, flottant dans l'espace (Alvarado, 2000, p. 187).

Stade 3

La personne se sent soit émoustillée, soit effrayée par cette situation.

- Dans les cas où elles sont effrayées, les personnes entament souvent un dialogue intérieur rapide, essayant de comprendre ce qu'il leur arrive et comment « réintégrer » leur corps physique.
- Dans les cas où elles sont émoustillées, les personnes décident souvent d'explorer leur nouvelle situation (par exemple, Bourgine, p. 43).

Stade 4a

Si la personne a conclu le stade 3 en décidant de retourner dans son corps physique, elle a généralement l'impression que le retour s'est produit de manière immédiate, instantanée. Elle n'a pas nécessairement

☞

☞ besoin de « piloter » son corps flottant jusqu'à son corps physique (Bourgine 1993, p. 159, 336 ; Buhlman, 1998).

Stade 4b

Si la personne conclut le stade 3 en décidant de continuer à explorer cette expérience et qu'une autre personne est présente dans la pièce depuis le début (un conjoint endormi par exemple), elle essaiera de communiquer avec cette personne, mais finira presque toujours par s'apercevoir que celle-ci ne peut l'entendre.

Si la personne est seule dans la pièce, elle peut décider de quitter son environnement immédiat. Certains expérienceurs testent leur nouvelle apesanteur en se propulsant à travers le toit de leur immeuble, et en observant leur quartier du ciel. D'autres restent à l'intérieur de leur maison et flottent à travers des portes ouvertes ou à travers des murs ou des portes fermées (Elder, 2005).

Bien souvent, une telle exploration rassasie la curiosité de l'expérienceur novice et il décide ensuite de retourner dans son corps physique (il passera immédiatement au stade 6).

Stade 4c

Occasionnellement, l'individu peut ressentir ou voir une autre entité ou présence (non physique) proche de lui.

- Cela peut se produire dès qu'il a la sensation de se trouver « hors » de son corps physique, mais généralement cela intervient plus tard dans le déroulé de l'expérience — voire seulement lors d'une expérience de sortie hors du corps ultérieure.
- Dans l'étude de Gabbard et Twemlow sur trois cent trente-neuf expérienceurs de sorties hors du corps, environ deux cinquièmes évoquent une rencontre avec de telles entités (Gabbard, Twemlow, 1984, p. 19).
- De ce sous-groupe, environ un cinquième des cas de rencontres d'entités concernaient des personnes décédées que les expérienceurs avaient connues de leur vivant (Gabbard, Twemlow, 1984, p. 19).
- Dans d'autres cas, les entités sont souvent des « conseillers » ou des guides (Gabbard, Twemlow, 1984, p. 19 ; Vieira, 2002, p. 687-691 ; Monroe, 1996).
- Quelle que soit l'origine des entités, une fois qu'elles apparaissent, l'environnement de l'expérienceur se transforme et ne ressemble plus du tout à celui dans lequel il évoluait précédemment. Ceci est une caractéristique du stade 5.

☞

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

☞ **Stade 5**

Le lieu familier dans lequel l'individu a commencé son expérience a disparu et a été remplacé par un environnement qu'il n'a jamais rencontré auparavant.

- Cet environnement peut sembler soit totalement vide, soit extrêmement net et pourvu d'« objets » ainsi que d'autres êtres.
- Ce « domaine » semble souvent être composé de plusieurs niveaux, chaque niveau étant caractérisé par des particularités visuelles et émotionnelles clairement différentes.

Stade 6

Un retour du moi perceptif à l'intérieur du corps physique, soit :

- instantanément, par le simple fait de ne plus vouloir être « hors de son corps » ;
- progressivement, en décidant de laisser flotter son moi perceptif jusqu'au corps physique pour ensuite le « réintégrer » (Monroe, 1996) ;
- subitement, suite à une grande peur ou suite à une autre émotion forte (par exemple, Bourgine, p. 55) ;
- avec réticence ou complication, suite à l'événement vécu par le corps physique (par exemple, douleur dans le bras sur lequel le corps de la personne est endormi (Elder 2005) ou une vessie pleine signalant au cerveau qu'elle a besoin d'être vidée (par exemple, Monroe, 1994, p. 21)).

Toutes les premières sorties hors du corps spontanées ne passent pas par ces six stades. Généralement, elles contiennent au moins les n° 1, n° 3 et n°4*a* ; ou les n° 1, n° 3, n°4*b* et n° 6.

Lorsque les personnes ont eu plusieurs expériences de sortie hors du corps, certaines caractéristiques des différents stades expérimentés diffèrent.

Pendant les sorties hors du corps ultérieures

Stade 1

Effort délibéré pour « sortir » de son corps.

- À ce stade, la personne peut avoir découvert une méthode pour déclencher la « séparation » entre sa conscience perceptive et son corps physique et peut donc parfois effectuer des sorties hors du

☞

☞ corps à volonté (Bourgine, 1993, p. 333-335 ; Forhan, 1926, p. 37-65 ; Lancelin, 1913 ; Monroe, 1996 ; Buhlman, 1998 ; Vieira, 2002, p. 425-491).

- Juste avant que la conscience de la personne ne semble se « séparer » du corps physique, elle ressent des vibrations lui traverser tout le corps et/ou entend des sons assourdissants, des vrombissements dans les oreilles (Bruce, Mercer, 2005, p. 224 ; Buhlman, 1998 ; Gabbard, Twemlow, 1984, p. 19 ; Monroe, 1996 ; Vieira, 2002, p. 497-499).

Stade 2

L'individu, qui est maintenant habitué à son « second » corps, est moins susceptible de passer du temps à l'examiner immédiatement après une « décorporation » réussie. (Cependant, s'il remarque à n'importe quel moment de l'expérience, un changement au niveau de son « second » corps et qu'il en est surpris, il est probable qu'il l'examine.)

Stade 3

La personne, qui est maintenant habituée à apercevoir le monde depuis un corps « flottant », est plus souvent excitée par l'expérience qu'effrayée, et poursuit donc jusqu'au stade 4.

Stade 4

La personne continue à explorer cet état, souvent en essayant d'atteindre un but qu'elle s'est préalablement fixé à l'état de veille. Ce but peut consister à visiter des endroits existants dans notre monde de tous les jours. Il peut également s'agir de rencontrer des personnes décédées ou d'explorer des mondes inconnus et différents du monde physique (stade 6)

Stade 5

Des entités déjà apparues lors de précédentes sorties hors du corps peuvent réapparaître, de sorte que parfois une relation continue est susceptible de s'établir.

Une telle entité peut jouer le rôle de guide dans cet « autre monde » ou/et dans le monde conventionnel (Forhan, 1926 ; Buhlman, 1998 ; Vieira, 2000).

Stade 6

Les « autres mondes » auxquels a désormais accès l'expérienceur lui semblent, dans une certaine mesure, « préconçus », mais ils peuvent être, à des degrés divers, transformés et influencés par ses pensées. Par conséquent, il existe un potentiel de nouveauté permanent dans ce cadre (Buhlman, 1998, p. 174-175, 219-223 ; Monroe, 1990 ; Forhan, 1926, p. 85-87).

☞

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

☞ **Stade 7**

L'individu recommence à se percevoir depuis l'intérieur de son corps physique. Les possibilités sont les mêmes que lors de sa toute première « sortie ». Il peut revenir :

- instantanément, par le simple fait de ne plus vouloir être « hors de son corps » ;
- progressivement, en décidant de laisser flotter son moi perceptif jusqu'au corps physique pour ensuite le « réintégrer » ;
- subitement, suite à une grande peur ou suite à une autre émotion forte ;
- avec réticence ou complication, suite à événement vécu par le corps physique.

Environnements expérimentés lors d'une EHC

Comme nous l'avons mentionné précédemment, de nombreuses personnes ayant vécu plus d'une expérience disent, non seulement voir leur monde habituel d'un point de vue non conventionnel, mais aussi faire l'expérience de mondes inhabituels, durant leur EHC. En rapprochant un grand nombre de ces témoignages, provenant de plusieurs époques et pays différents, les chercheurs peuvent les recouper pour en faire ressortir leurs points communs ainsi que leurs différences.

Nous avons examiné les rapports de cas d'EHC datant du XIX^e^ siècle, du XX^e^ siècle ainsi que de notre siècle actuel, et rapportés par des personnes vivant dans vingt-huit pays différents, dont la France, la Belgique, l'Allemagne, la Suisse, le Portugal, l'Italie, la Russie, le Japon, l'Australie, l'Afrique du Sud, le Brésil, l'Argentine, le Canada et les États-Unis (Bourgine, 1993 ; Forhan, 1926 ; Vieira, 2002 ; Bruce, 1999 ; Monroe, 1990, 1994, 1996 ; Buhlman, 1998 ; Gabbard, Twemlow, 1984).

L'examen de ce large éventail nous permet de faire ressortir *six* types d'environnements susceptibles d'être expérimentés durant une EHC. Nous les décrivons dans l'encadré ci-dessous dans un ordre allant du plus matériel (notre monde physique ordinaire) au plus subtil.

Les six types d'environnements expérimentés au cours d'une EHC

1. « Monde matériel »

Il s'agit de notre monde physique tridimensionnel avec un temps linéaire. Il est perçu alors que la personne est encore dans son corps physique, avant que la « sortie » n'ait commencé ;

2. « Niveau mi-matériel mi-psychique »

Il ressemble énormément au monde physique ordinaire mais il est perçu après une « sortie » du point de vue du « double » et, par conséquent, il peut ne pas être vu aussi clairement. Cet environnement est celui dans lequel ont été obtenues, au cours d'expériences en laboratoire très rigoureuses, des perceptions exactes. Cependant, les expérienceurs disent y percevoir également des détails qui ne sont pas visibles dans leur environnement physique, normal ;

3. « Niveau des pensées » ou « monde ésotérique »

Cet environnement varie grandement en fonction de l'état d'esprit de l'individu, c'est pourquoi il est souvent appelé le « monde des désirs » ou « l'astral lunaire ». Par conséquent, les scènes et les objets de ce niveau peuvent paraître aussi bien sous une forme conventionnelle que déformée ;

4. « Niveau des esprits »

Il comprend la présence visible de personnes connues mais physiquement mortes. Il ne semble pas être simplement le produit des pensées ou des désirs de l'individu car les expérienceurs ont décrit des personnes qu'ils n'avaient jamais connues mais dont on a pu confirmer plus tard (après l'EHC) qu'elles avaient existé et avaient bien le nom, l'apparence et le lien de parenté décrits par l'expérienceur ;

5. « Domaine de lumière »

Il est décrit comme étant un niveau très abstrait et raffiné, principalement constitué d'énergies plutôt que de formes. Un sentiment très marqué de création permanente est ressenti ici, de sorte que cet environnement est également appelé « monde des principes ». Les personnes le décrivent comme un monde profondément inspirant, voire même exaltant ;

6. « État de communion avec la "Source" ou "la Conscience universelle" »

À ce niveau (très rarement atteint), le sens de l'individualité de la personne se dissout dans une fusion avec le Tout. Les personnes s'accordent à dire qu'il n'y a pas de mot pour décrire leur expérience de ce niveau. Le terme « ineffabilité » est par conséquent approprié.

☞

© InterEditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

☞ Ils sont aussi d'accord pour dire que le temps n'y est plus perçu comme linéaire et l'espace n'y semble plus distinct. D'où le nom de « l'unité-multiplicité » donné à cet environnement par un expérienceur de longue date.

Distinguer une EHC d'autres états

Étant donné leur contenu peu conventionnel, les EHC ont parfois été qualifiées comme n'étant ni plus ni moins que des hallucinations, des rêves ou des symptômes relevant d'un trouble mental tel que la dissociation ou la schizophrénie. Comme nous examinerons ces possibilités de troubles mentaux dans la section *psychopathologie*, nous nous concentrerons ici sur les distinctions qui ont pu être faites entre les EHC et plusieurs autres états courants : les rêves ordinaires pendant le sommeil, les rêves de type lucide (moins fréquents), les rêves diurnes (*daydream*), et les expériences métapsychiques de clairvoyance rapportées occasionnellement (également appelées « vision à distance »).

Les EHC et les rêves ordinaires

Si l'on considère le point de vue de la plupart des expérienceurs de sortie hors du corps, leurs rêves et leurs sorties hors du corps sont très différents. La grande majorité (94 %) des trois cent trente-neuf expérienceurs étudiés par les docteurs Gabbard et Twemlow insistent sur le fait que leurs sorties hors du corps sont « plus réelles que leurs rêves » (Gabbard, Twemlow, 1984, p. 94), et comparent leur lucidité pendant ces expériences à celle de l'état de veille. Comme l'a écrit l'un de ces expérienceurs aux deux chercheurs :

> « Je connais la différence entre un rêve et l'état de veille [...] et l'état de veille est celui dans lequel je suis pendant les sorties hors du corps [...]
>
> « J'ai expérimenté de nombreux niveaux de conscience différents pendant les sorties hors du corps, mais [...] je suis capable de faire la différence entre un rêve et la plus confuse de mes sorties hors du corps. Je le sais de la même manière que je sais que je suis en train de boire une tasse de café en écrivant ces mots » (p. 95).

De même, de toutes les personnes étudiées qui disent que leur EHC a commencé *pendant* leurs rêves, 83 % affirment que, même s'ils avaient rêvé qu'ils étaient en train de voler, dès que l'EHC

commence, leur lucidité, leur état de conscience ont changé de façon significative : ce n'est pas simplement le fait de se sentir en état d'apesanteur qui leur fait dire que l'expérience se fait « hors de leur corps ». D'après le docteur Vieira, un chercheur brésilien qui a étudié plusieurs groupes différents d'expérienceurs, ce serait dû au fait que les personnes vivant une EHC se sentent mentalement plus lucides, davantage conscientes d'elles-mêmes, plus libres, plus puissantes, et davantage capables d'exercer leur jugement critique (Irwin, 1985, p. 17) que pendant leurs rêves. L'ingénieur français Marcel Forhan a mentionné plusieurs de ces mêmes qualités dans sa liste de différences entre ses rêves et ses EHC « aussi éveillé que dans les moments les plus lucides de ma vie terrestre [...] Cette joie de se sentir libre » (Forhan, 1926, p. 117-118). De plus, l'imagerie lors de ces expériences est nettement plus tangible que dans leurs rêves (Vieira, 2000, p. 222). La continuité de l'attention est également plus manifeste durant les EHC que pendant les suites de scènes fragmentées que l'on retrouve souvent dans les rêves (Shapiro, 1976). Gabbard et Twemlow concluent qu'une expérience de rêve relève principalement de ce que l'on appelle en psychanalyse le « processus primaire » — le contenu est symbolique, condensé, accentué — alors que l'expérience de sortie hors du corps semble davantage dominée par le « processus secondaire » qui correspond à un flux d'image cohérent et répondant au principe de réalité » (Gabbard, Twemlow, 1984, p. 103-104, 106).

En passant des comptes rendus *subjectifs* portant sur l'expérience du rêve et les EHC, aux tentatives des scientifiques d'utiliser des moyens de mesure *objectifs* afin d'étudier cette question, les mouvements oculaires rapides, présents pendant notre état de rêve, semblent ne pas être observés pendant les expériences de sortie hors du corps, même lorsque les personnes étaient en train de dormir avant que leur EHC ne commence (Tart, 1967, 1968, 1969). Et lorsqu'une personne surveillée en laboratoire passe d'un rêve à une sortie hors du corps, pour revenir ensuite à l'état de rêve, on peut observer que ses mouvements oculaires rapides cessent pendant le temps durant lequel se produit l'expérience de sortie hors du corps (Krippner, 1996, p. 90).

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Les EHC et les rêves lucides

Les rêves « lucides », appelés également « rêves de connaissance » sont des rêves lors desquels le dormeur réalise qu'il est dans un rêve, mais au lieu d'en être si surpris qu'il se réveille (ce qui est généralement une conséquence naturelle dans ce cas) il parvient à rester endormi et continue de rêver. Dès lors, il devient capable de diriger son rêve afin de l'orienter selon ses désirs (Hervey de Saint-Denis, 1867).

Certains chercheurs en rêve lucide ont suggéré que les EHC n'étaient qu'une forme de rêve lucide (Levitan, LaBerge, 1991) en partant du constat que la personne éprouve dans les deux cas une soudaine sensation de liberté et de vitalité et qu'elle n'a plus de perception de son corps physique. Cependant, des chercheurs en EHC ont fait remarquer que toute tentative pour bouger son corps physique lors d'une sortie hors du corps échouerait ou mettrait instantanément un terme à l'expérience (Gabbard, Twemlow, 1984, p. 110), alors qu'à l'inverse, pendant un rêve lucide, la personne peut bouger des parties de son corps physique (tels que les muscles des yeux et des mains) sans mettre fin au rêve (LaBerge *et al.*, 1981 ; LaBerge, 1990).

Une seconde différence entre les EHC et les rêves lucides a été découverte suite à des mesures physiologiques ; les rêves lucides se produisent pendant le sommeil MOR (mouvements oculaires rapides) (Hearne, 1978 ; LaBerge, Gackenbach, 2000, p. 160), alors que les EHC ont lieu *uniquement en dehors* du sommeil MOR (Tart, 1967, 1968, 1969 ; Osis, Mitchell, 1977 ; Krippner, 1990).

*Les EHC et les rêves diurnes (***daydream***)*

En psychologie, le rêve diurne est défini comme étant « l'imagination spontanée d'un scénario n'étant pas basé sur la réalité du moment et dont la particularité est d'être indépendant des stimuli externes » (Klinger, 1978). La recherche a mis en évidence trois grandes catégories de rêves diurnes, axées sur le personnage principal (Singer, 1975, p. 68-70) :

- sensation d'être un héros, accompagnée d'un sentiment de doute ;
- type désorganisé à tendance anxiogène ;

- sentiment d'apaisement et éveillant la curiosité, généré par ses propres images mentales.

Ceci suggère que le contenu prédominant d'un cycle de rêves diurne est influencé par des préoccupations sous-jacentes aux problèmes de personnalité non résolus propres au rêveur. Dans le même esprit, Sigmund Freud a remarqué (1908) qu'un simple rêve diurne est souvent le produit de ses propres désirs inconscients : l'« accomplissement de désir » (*Wunscherfüllung*) est le nom qu'il donna à ce processus causal. En comparant le récit de leurs trois cent trente-neuf expérienceurs de sortie hors du corps avec les résultats des recherches sur le rêve diurne, Gabbard et Twemlow ont conclu que les EHC semblent davantage liées au « processus secondaire » (« flot d'images cohérentes et logiques suivant un principe de réalité ») alors que le rêve diurne se rapproche plus du « processus primaire » (issu du subconscient profond) ou d'un « flux de conscience » (mélanges de stimuli externes et d'éléments de la mémoire interne) (Gabbard, Twemlow, 1984, p. 113-114).

Les EHC et la vision à distance, ou clairvoyance

De manière très similaire, dans les cas de sortie hors du corps ou de clairvoyance, la personne a l'impression d'avoir obtenu des informations sur un endroit éloigné de son corps physique. Le simple fait que ces informations se révèlent exactes peut surprendre, voire perturber. C'est pourquoi les principes d'accompagnement présentés dans les parties « Réponses thérapeutiques » de ce chapitre et du chapitre 11 (« Le Psi ») seront similaires. Cependant, le résumé suivant est susceptible d'intéresser le lecteur qui souhaite savoir si les preuves recueillies jusqu'à présent par les chercheurs confirment ou, au contraire, infirment l'hypothèse que l'EHC et la clairvoyance sont un seul et même phénomène :

- le phénomène « psi » de vision à distance a été étudié en laboratoire de manière beaucoup plus scientifique que les expériences hors du corps ;
- certaines personnes faisant des expériences de vision à distance sous contrôle scientifique ont fait preuve d'une grande précision (Rhine, 1966 ; Puthoff, Targ, 1976) à tel point que cette technique a été étudiée de manière très pragmatique par des services

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

gouvernementaux dans le cadre de programme de renseignement (Puthoff, 1996 ; May, 1988). Technique également utilisée par des services de police afin de résoudre certaines enquêtes criminelles : retrouver des personnes disparues, les corps de victimes, etc. (McMoneagle, 2002, p. 224-228) ;

- si nous observons le comportement des personnes vivant des EHC ou des expériences de clairvoyance, nous pouvons constater les différences suivantes :
  - pendant une EHC, le corps physique de la personne ne bouge pas ;
  - pendant une expérience de clairvoyance, la personne peut parler ou se servir de ses mains pour dessiner ce qu'elle « voit » ;
  - si une personne commence à parler ou bouger les mains pendant une EHC, elle met immédiatement fin à l'expérience, sa perception se replace au niveau du corps physique et elle n'est plus capable de voir l'endroit éloigné ;
- en outre, le ressenti intérieur des personnes ayant des visions à distance ou vivant des EHC présente des divergences non négligeables :
  - pour déclencher une EHC, une personne doit souvent ressentir des vibrations parcourir son corps et/ou entendre des bruits assourdissants, des vrombissements. Ce n'est pas nécessaire pour initier une vision à distance. Au contraire, la clairvoyance requiert le silence et un grand calme intérieur ;
  - immédiatement après la sensation de « sortie » pendant l'EHC, la personne semble voir son corps physique de l'extérieur, ce qui n'est pas le cas en clairvoyance. La perception du clairvoyant est plutôt dirigée vers le lieu ou l'objet « cible » ;
  - afin de voir et de décrire un lieu à distance via une EHC, l'expérienceur a une sensation de *déplacement*, comme s'il voyageait de l'endroit où se trouve son corps physique à l'endroit où se trouve l'objet ou la personne cible. Au contraire, pendant une vision à distance, la personne ressent principalement une sensation de *mise au point* mais pas nécessairement une sensation de déplacement linéaire jusqu'à cet endroit ;

– de même, une fois que l'expérienceur de sortie hors du corps est « arrivé » à cet endroit, il peut en faire le tour, le visiter et « revenir » ensuite dans son corps pour retrouver sa conscience normale, et c'est uniquement à ce moment qu'il pourra décrire ce qu'il a vu. Au contraire, pendant les sessions de vision à distance, le clairvoyant ne voit souvent que des *fragments* de la scène à distance, qui s'enchaînent les uns à la suite des autres et qu'il pourra décrire à une autre personne au moment même où il les voit (intérieurement). Il peut même dessiner ces « images », puis attendre qu'un autre fragment de la scène à distance lui « apparaisse à l'esprit », alors il le décrira verbalement ou le rajoutera au dessin (Mc Moneagle ; Morehouse).

Bien qu'il soit nécessaire d'approfondir les recherches en laboratoire sur les expérienceurs de sorties hors du corps (Alvarado, 2000, p. 208-209), ces modèles laissent supposer qu'il ne s'agit pas simplement du même phénomène que la clairvoyance ou la vision à distance.

RÉPERCUSSIONS DE L'EHC

Très peu des études réalisées sur les EHC ont porté sur *les répercussions* ou *les conséquences* d'une EHC sur l'expérienceur. Voici néanmoins ce qui ressort de ces quelques recherches.

Immédiatement après l'expérience (Gabbard, Twemlow, 1984, p. 22), la plupart des personnes :

- ressentaient que l'expérience avait changé leur vie ;
- ressentaient que l'expérience était d'ordre spirituel ;
- souhaitaient en apprendre davantage sur les phénomènes psychiques et transpersonnels et (Irwin, 1985, p. 216) portaient plus d'intérêt à la spiritualité et aux religions non traditionnelles.

Lorsque l'on demanda plus tard à ces personnes de revenir sur leur expérience, la plupart concluaient (Gabbard, Twemlow, 1984, p. 22-23) :

- qu'ils en avaient ressenti les effets positifs sur le long terme ;
- qu'elle les avait aidés à développer « une plus grande conscience de la réalité » (également Bourgine, 1993, p. 56) ;

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

- qu'elle avait fait naître chez eux une croyance en la vie après la mort (également Osis, 1979) et qu'ils étaient donc désireux de revivre une expérience de sortie hors du corps.

Le caractère uniquement positif de ces expériences semble néanmoins exagéré, les psychiatres et chercheurs Gabbard et Twemlow ayant rapporté ces résultats se sont interrogés sur ce point :

> « La majorité des gens qui ont répondu ont eu des expériences remarquablement positives. L'utilisation d'adjectifs superlatifs dans leurs comptes rendus est frappante [...] Les réponses font clairement penser aux catégories utilisées pour décrire les "expériences paroxystiques" (*peak experience*) » (Gabbard, Twemlow, 1984, p. 23, 25).

Les expériences paroxystiques ont été définies par le psychologue Abraham Maslow (1964) comme étant « une conscience soudainement élargie, comme si l'on était au sommet d'une montagne. On a le sentiment de percevoir l'essence de toute chose, on est remplie de joie et d'un bien-être intense ». Le docteur Maslow a constaté que ces expériences paroxystiques pouvaient présenter un intérêt thérapeutique car « elles libèrent des énergies créatrices, réaffirment la valeur de la vie et changent la vision que la personne a d'elle-même » (Hefner, 2009). Elles sont mentionnées au chapitre 9 de ce manuel.

Lors d'autres recherches sur les effets secondaires des EHC, on a demandé aux expérienceurs de donner plus de détails sur l'impact que l'expérience avait eu sur eux et les chercheurs ont découvert que pour beaucoup d'entre eux :

- l'expérience leur avait permis d'obtenir une meilleure compréhension d'eux-mêmes et des autres (Irwin, 1985, p. 215 ; Osis, p. 179) ;
- l'expérience les avait rendus plus confiants dans leur capacité à trouver les réponses par eux-mêmes (Buhlman, 1998) (ou, comme mentionné dans une autre étude, l'expérience leur avait donné « un plus grand sens de leur unicité et de leur autonomie » (Gabbard, Twemlow, 1984, p. 25)) ;
- et si l'EHC avait eu lieu à un moment où leur vie connaissait déjà de grands changements, « elle leur avait permis d'obtenir une réponse à certaines grandes questions existentielles » en leur

permettant de mieux faire l'estimation personnelle de leurs forces et de leurs faiblesses (Gabbard, Twemlow, 1984, p. 24).

Comment expliquer ces réactions ? Après avoir interrogé de nombreux expérienceurs de sortie hors du corps, William Buhlman (1998) propose ces deux explications. Premièrement :

> « Le choc ressenti en réalisant qu'ils existent indépendamment de leur corps physique leur a donné [...] une vision plus large d'eux-mêmes [...] stimulant leur développement personnel, et favorisant l'émergence d'un meilleur discernement... »

Deuxièmement, l'un des environnements courants pendant une EHC renvoie comme un miroir l'expérienceur à des éléments de son propre inconscient :

> « Bien des gens reconnaissent pour la première fois qu'ils sont le centre créatif de leur existence physique ; [...] qu'ils sont entièrement responsables de ce qu'ils font, autant par leurs pensées que par leurs actes. »

Signalons qu'un petit nombre d'individus ayant vécu une EHC en a été perturbé. Les problèmes auxquels ils font allusion (ainsi que le pourcentage correspondant) sont les suivants (Gabbard, Twemlow, 1984, p. 22) :

- la confusion (27 %) ;
- la peur (25 %) ;
- l'impression d'être ivre ou drogué (6 %) ;
- la peur que cette expérience soit le signe d'une maladie mentale (5 %) ;
- la difficulté de reprendre sa vie professionnelle habituelle (5 %) (Wiedmann, Haraldsson, 1980).

Pour ces personnes, l'opportunité de rencontrer un thérapeute expérimenté qui prendra autant en considération les problèmes de leur vie quotidienne que les questions soulevées par l'EHC peut leur être très profitable. (Ce point est examiné dans la dernière partie de ce chapitre : « Réponses thérapeutiques ».) Toutefois, la majorité des expérienceurs de sortie hors du corps veulent partager leur expérience avec d'autres personnes (Poynton, 1975 ; Twemlow *et al.*, 1982), aussi, seules les personnes ayant été contrariées par l'expérience ressentiront le besoin de rencontrer un thérapeute.

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Cependant, ceux qui ont l'impression que cette expérience les fera passer pour des « fous » au regard des autres sont susceptibles de ne pas faire cette démarche (Irwin, 1985, p. 214).

ANTÉCÉDENTS ET THÉORIES SUR LES ÉVENTUELLES CAUSES DE L'EHC

Quelles sont les causes d'une EHC ? Existe-t-il des traits de personnalité particuliers qui prédisposeraient un individu à vivre une EHC ? Et quelles théories ont été proposées pour expliquer le pourquoi de ces EHC ? Ce sont les questions abordées dans cette section.

Antécédents

Les EHC peuvent avoir lieu spontanément ou elles peuvent être provoquées.

Dans le cas des EHC spontanées, elles peuvent se produire dans des circonstances difficiles ou au contraire apaisées. Celles qui résultent de situations apaisées ont eu lieu par exemple pendant :

- le sommeil ;
- une phase de questionnement ;
- une communion avec la nature ;
- la méditation.

Les EHC qui résultent de situations difficiles ont été provoquées par exemple part :

- un trauma ou un stress émotionnel (particulièrement s'il est répété) ;
- un choc physique subi par le corps ;
- une extrême fatigue.

Nous analyserons à présent chacun de ces antécédents ou prédispositions.

Le sommeil

Pour de nombreuses personnes, la première EHC survient durant le sommeil. Quelques minutes ou quelques heures après qu'elles se

sont endormies, elles sont soudainement surprises de se retrouver réveillées, flottant au-dessus de leur lit, ressentant parfois même la texture du plafond contre leur « dos » (Elder 2005). Lorsqu'elles regardent le lit dans lequel elles étaient en train de dormir, leur conjoint y est toujours endormi, et à leur côté, se trouve une autre personne (!). Un peu bouleversées émotionnellement, elles dévisagent l'autre personne et sont très surprises de reconnaître leur propre pyjama, puis leur propre visage, mais sous un angle inhabituel, *de l'extérieur*, alors que nous ne nous voyons d'ordinaire que dans un miroir ou en deux dimensions sur des photos.

Les recherches en laboratoire indiquant que les EHC qui ont lieu pendant le sommeil ne semblent pas être des rêves (voir la sous-partie « Corrélations physiologiques de l'EHC » de ce chapitre), et le fait que l'EHC puisse survenir après que le sommeil a commencé, dirige notre attention sur au moins deux conditions requises importantes pour que l'expérience se passe dans des circonstances paisibles :

- une grande relaxation du corps ;
- une absence d'activité mentale rapide qui accompagne souvent nos actions quotidiennes habituelles.

Le fait que ces deux conditions — un esprit apaisé et une profonde relaxation du corps — se rencontrent aussi dans la méditation nous aide à comprendre pourquoi parfois une EHC peut survenir spontanément pendant un exercice de méditation (Irwin, 1983, p. 203-204).

Une phase de questionnement

Occasionnellement, des personnes ont rapporté « être sorties de leur corps » spontanément alors qu'elles étaient engagées dans un processus de questionnement fondamental. Dans de tels processus, les questions comme : « Qui suis-je ? » ou : « Comment se fait-il que j'existe ? » ne constituent pas une interrogation superficielle mais une demande existentielle fondamentale. Aussi, cette phase de vie questionne notre sentiment subconscient d'identité (par exemple être un homme ou une femme, avoir un certain âge, jouer un rôle particulier dans une relation ou au sein de la famille, être de telle ou telle origine..., etc.) et le « court-circuite ». Il peut en conséquence

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

donner lieu à l'émergence spontanée d'une nouvelle perception de soi.

Apparemment, l'EHC est l'une des formes sous laquelle cette perception différente (certains diraient *plus fondamentale*) de soi peut se manifester et être expérimenté. Pendant l'EHC, l'individu se sent libéré de nombreuses identifications : il n'est plus attaché à un corps en particulier, plus inquiété par les préoccupations du quotidien, certains expérienceurs disent même qu'ils ne se sentent plus confinés au temps conventionnel et ont plutôt un sentiment d'éternité.

De nombreux chercheurs (Gabbard, Twemlow, 1984 ; Irwin, 1985) ont mentionné le fait que l'EHC semble impliquer le dépassement par l'individu de son identité habituelle.

Communion avec la nature

Pour des raisons apparemment similaires, des individus sont parfois immergés si profondément dans la contemplation d'un paysage naturel qu'ils se retrouvent soudainement hors de leur corps physique (P. Corb). Ici encore, il semblerait qu'il y ait un relâchement du sentiment d'identité, ou celui d'être uniquement une personne particulière séparée du monde qui l'entoure, laissant la place à un sens kinesthésique d'être « de la nature » ou « d'être la nature ».

Méditation

Comme nous l'avons déjà observé lors de notre prise en considération du sommeil en tant que précurseur d'EHC spontanée, la méditation peut également entraîner une profonde relaxation du corps physique et un apaisement de l'esprit. Par conséquent, la méditation est aussi un précurseur des EHC (Irwin, 1985, p. 203-204). Ce n'est pas vrai pour tous les types de méditation et cela arrive généralement à des personnes qui ont pratiqué la méditation régulièrement pendant de nombreuses années.

Trauma ou stress émotionnel

De nombreux cas sont connus des professionnels de santé où des enfants ayant été abusés sexuellement et de manière répétée dans leur enfance ont développé une capacité de « dissociation » pendant ces épisodes afin de ne pas ressentir la grande terreur, l'humiliation,

l'impuissance et la honte engendrées par de tels événements (Irwin, 1996). Une fois arrivées à l'âge adulte et en regardant leur enfance avec du recul, ces personnes se souviennent avoir observé leur agresseur et leur corps pendant ces épisodes à partir d'un endroit situé à l'opposé de la pièce. Les psychiatres Gabbard et Twemlow en ont conclu, après leur étude sur de tels cas, qu'avec l'âge, de telles dissociations pouvaient soit évoluer vers des symptômes de *dépersonnalisation* dans un complexe schizophrénique ou névrotique à long terme, soit leurs expériences de sortie hors du corps pouvaient contribuer à « un renforcement de l'ego (*ego-strengthening*) et avoir une fonction intégratrice » dans leur développement personnel en leur ayant fourni un mécanisme permettant efficacement de surmonter l'épisode. Ils soulignent toutefois que la seconde perspective ne peut avoir lieu que si l'intégration de l'ego a déjà suffisamment été amorcée chez l'enfant avant que les événements traumatiques ne surviennent (Gabbard, Twemlow, 1984, p. 45-59, 193, 200). (Pour une étude plus détaillée des EHC et des maladies mentales, voir la partie « Psychopathologie » de ce chapitre.)

Les autres émotions fortes, et moins traumatiques que les abus sexuels dans l'enfance, qui peuvent entraîner des EHC spontanées sont la colère, la peur, l'orgasme sexuel, la douleur et le stress dus à une perte ou de problèmes relationnels (Irwin, 1985, p. 144-145 ; Buhlman, 1997 ; Gabbard, Twemlow, 1984, p. 17).

Choc physique subi par le corps

L'intensité d'une explosion proche peut parfois déclencher une EHC, même si le corps de la personne ne souffre pas de blessures mortelles qui auraient pu causer une expérience de mort imminente (Buhlman, 1997 ; Morehouse, 1996).

L'épuisement

Lorsqu'une personne en arrive, de par son travail ou par d'autres efforts, à une situation d'épuisement extrême, il se peut qu'elle vive une EHC peu après avoir cessé l'activité épuisante ou après s'être assise (Crookall, 1964 ; Elder, 2005 ; Gabbard, Twemlow, 1984, p. 15). Ici, la dynamique sous-jacente serait que le corps physique ait glissé rapidement dans son mode automatique de rétablissement

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

et d'auto-récupération (*i.e.*, éléments du processus de sommeil), alors que l'esprit reste dans un état de conscience éveillé bien que quelque peu ralenti. La condition « corps endormi, esprit éveillé », bien connue des personnes s'entraînant aux EHC comme étant l'état préparatoire désiré pour provoquer volontairement une EHC (Monroe, 1996), a ainsi été établie et une EHC a été déclenchée.

Les EHC provoquées volontairement

Après qu'une personne a vécu une EHC spontanée, il est possible qu'elle veuille reproduire une telle expérience. En effet, les sondages effectués sur des centaines de personnes révèlent que la majorité des expérienceurs l'ayant vécu une fois cherche à apprendre comment en refaire l'expérience (Gabbard, Twemlow, 1984, p. 23 ; Irwin, 1955, p. 173). À travers les siècles, des dizaines de méthodes sont apparues (Forhan, 1926, p. 46-64 ; Muldoon, Carrington, 1929 ; Alvarado, 1989), et après une étude comparative de ces méthodes, il est possible de discerner la dynamique sous-jacente au niveau du corps humain et de l'esprit, qui semble offrir les conditions nécessaires pour provoquer une EHC.

Conditions pour reproduire une EHC

Deux de ces éléments sont déjà ressortis des indices présentés par les états de méditation et de sommeil : à savoir un *corps relaxé* (la musculature en particulier), et un *esprit apaisé*. Des précisions supplémentaires sur cet « esprit apaisé » ont été obtenues lors de recherches universitaires en laboratoire utilisant des électroencéphalogrammes (appareils de monitoring des ondes cérébrales) : la fréquence d'ondes cérébrales connue sous le nom « d'alphoïde », qui sont d'environ sept ou huit cycles par seconde, a été observée au commencement des EHC (Tart, 1967, 1968, 1969). Cela pourrait donc correspondre à la « lenteur » optimale de l'esprit pour favoriser l'émergence d'une EHC.

De plus, certaines formes de visualisations répétées consciemment se sont avérées utiles, telles que la « technique de la corde », la « main aidante » et « en roulant sur le côté » (Buhlman, 1997 ; Vieira, 2002 ; Bruce, Mercer, 2005). Cette visualisation peut être renforcée par des exercices d'imagination *kinesthésique* (Bruce, 1999, p. 107-197), puisqu'ils semblent altérer l'état *proprioceptif* du système nerveux

(duquel dépend le cerveau pour savoir où se trouve chaque partie de son corps à n'importe quel moment). Des programmes de trente jours et quatre-vingt-dix jours ont même été publiés afin de montrer aux lecteurs comment coordonner ces différentes composantes afin d'augmenter leurs chances de reproduire une EHC (Bruce, Mercer, 2005 ; Harary, Weintraub, 1989 ; Réant, 1985).

De cette expérience accumulée, deux principaux facteurs se sont révélé être des obstacles que toute personne cherchant à reproduire une EHC devra apprendre à surmonter :

- la peur ;
- la gêne.

Le principal sentiment de peur qui pourrait apparemment empêcher une EHC est la panique réflexive (provenant du subconscient) de perdre son identité, de se diviser en deux. La personne prend peu à peu conscience de cette peur qui remonte à la conscience au fur et à mesure qu'elle progresse dans les exercices de relaxation et de visualisation, au fur et à mesure que des images de la séparation du corps apparaissent dans l'imagination. Chez de nombreuses personnes, le subconscient réagit fortement face à cette notion, mettant fin au processus de relaxation qui est requis par l'expérience et le remplaçant par une anxiété entraînant une accélération cardiaque et bloquant tout le processus de « séparation ».

La principale gêne à surmonter concerne la sensation inhabituelle de *vibrations* internes dans certaines parties du corps, voire dans tout le corps, et qui peuvent apparaître juste avant l'expérience de « séparation » (Bourgine, 1993, p. 342 ; Bruce, 1999, p. 240-241 ; Gabbard, Twemlow, 1984, p. 19). La plupart des gens qualifient ces vibrations « d'électriques » ; et selon leur intensité, les descriptions peuvent aller de légers « picotements » à de « violentes secousses » en passant par des « tremblements ». Les vibrations sont également perçues comme des sons internes, souvent décrits comme un « bourdonnement » ou un « rugissement », mais parfois comme un simple « claquement » (Irwin, 1985, p. 82 ; Buhlman, 1998). Savoir supporter ces sons et ces vibrations semble être indispensable pour que la « sortie » ait lieu — à ce stade, les sons et les vibrations cessent immédiatement et sont remplacés par une agréable sensation de flotter.

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Les antécédents « mécaniques »

Des appareillages techniques d'induction d'EHC ont été développés. La catégorie la plus importante est celle des appareils générateurs de sons destinés à bercer le cerveau jusqu'à ce qu'il atteigne les fréquences lentes d'ondes cérébrales observées lors des EHC étudiées en laboratoire (Atwater, 1997). Ces appareils ont non seulement été utilisés par des personnes à titre privé mais également par les chercheurs universitaires au cours de leurs expériences en laboratoire alors qu'ils essayaient d'induire un état de EHC chez des dizaines de volontaires (Palmer, 1975 ; McCreery, Claridge, 1996*a*). Cependant, à ce jour, les expériences dont témoignent la plupart des sujets volontaires au cours de ces sessions en laboratoire n'égalent pas les descriptions des caractéristiques nombreuses et variées rapportées par les personnes qui vivent des EHC spontanément ou qui parviennent à les provoquer après des années d'entraînement (Irwin, 2003, p. 180).

Après avoir observé une expérience ressemblant à une EHC survenue accidentellement pendant une chirurgie crânienne, certains scientifiques ont pensé pouvoir provoquer l'EHC par une stimulation magnétique du cerveau (Blanke, Mohr *et al.*, 2005). D'autres scientifiques ont tenté de reproduire une EHC en laboratoire en manipulant les fonctions de traitement tactile et visuel du cerveau afin d'inciter la personne à voir un « double » ou un second corps à l'extérieur d'elle-même (Ehrsson, 2007). Pour ces deux approches, les expériences induites ne présentent pas *toutes* les caractéristiques de l'EHC habituelle (non induite mécaniquement), telles que diriger son propre corps alors qu'il est en train de flotter ou passer les mains de ce « second corps » à travers la matière solide. Mais ces efforts auront fait ressortir les composantes des systèmes neuronaux qui pourraient être affectés pendant une EHC plus « naturelle ». Les études concernant l'EHC naturelle sont présentées à la suite de cette partie.

Les corrélations physiologiques de l'EHC

Il n'est pas aisé pour les scientifiques de travailler avec des personnes en laboratoire afin d'étudier leur physiologie lorsqu'elles vivent naturellement une expérience de sortie hors du corps car, bien que

certaines parviennent à induire une EHC, la plupart n'y arrivent pas de manière systématique. La plupart du temps, l'expérience doit être tentée à plusieurs reprises, et il peut s'écouler plusieurs jours, marqués par autant d'essais infructueux, entre deux expériences réussies.

Néanmoins, quelques scientifiques ont réussi à trouver des personnes capables d'induire une EHC en laboratoire tout en étant reliés à des appareils de contrôle des ondes cérébrales (électroencéphalographes), des moniteurs cardiaques, des instruments de mesure des variations de la conductivité de la peau et/ou des détecteurs de mouvements oculaires. Les résultats de ces cessions ont fourni les découvertes suivantes (Tart, 1967, 1968, 1969 ; Palmer, 1979 ; Twemlow, Gabbard 1985 ; Krippner, 1996, p. 90) :

- lorsque l'EHC commence, la couche superficielle du cerveau (le « cortex ») montre des ondes cérébrales plus lentes que pendant l'état de veille normal. Ce qui signifie que le cerveau produit des ondes « alpha » (8-12 cycles par seconde) au lieu des ondes « bêta » produites pendant l'état de veille habituel (12-30 cycles par secondes) ;
- de plus, pendant une EHC, le cerveau ralentit même d'un à deux cycles par secondes en dessous du rythme alpha normal de la personne, passant à ce que l'on appelle le rythme « alphoïde » ;
- dans le même temps, les activités cérébrales plus profondes et associées au sommeil, sont observées. Ainsi, l'état du cerveau observé pendant une EHC semble rejoindre la description « corps endormi, esprit éveillé » souvent rapportée par les expérienceurs (Monroe, 1996) comme étant leur perception subjective de l'EHC ;
- bien que pendant le sommeil normal, le cerveau de la personne (qu'elle ait vécu ou non une EHC) ralentit également jusqu'aux ondes alpha, généralement les gens rêvent lorsqu'ils sont dans cet état. Mais les EHC ne semblent pas avoir lieu pendant les phases de rêves (Gabbard, Twemlow, 1989, p. 103). (Désormais, les scientifiques peuvent facilement déterminer quand nous sommes en train de rêver car, même si nos yeux sont fermés pendant le sommeil, ils bougent rapidement derrière nos paupières lorsque

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

nous rêvons, et ce mouvement oculaire rapide (« MOR ») n'est pas observé, nous l'avons dit, pendant les EHC) ;

- une fois que l'expérienceur passe de la perception d'un environnement « physique et normal » à un environnement non ordinaire, tel que présenté dans la section « Environnements expérimentés lors d'une EHC » en IV, V et VI (et désignés selon les chercheurs et les expérienceurs comme les environnements « spirituel », « extatique » ou « mystique »), l'activité du cerveau est apparemment d'autant plus ralentie, jusqu'aux fréquences appelées « thêta » (4-7 cycles par secondes) et quelques fois « delta » (1-3 cycles par seconde). Ces fréquences d'ondes cérébrales n'apparaissent normalement que pendant les phases de sommeil très profond et pendant lesquelles nous ne rêvons pas — et par conséquent, desquels nous n'avons aucun souvenir, aucune expérience. Mais quand leur cerveau atteint ces rythmes thêta et delta pendant une EHC, les expérienceurs paraissent ne pas être endormis. Ils disent à l'inverse être conscients d'« événements » dont ils sont capables de se souvenir en détail par la suite (une fois qu'ils sont revenus à leur conscience d'état de veille, c'est-à-dire après que leur cerveau s'est réactivé à nouveau jusqu'à atteindre le rythme bêta de 12-30 cycles par seconde).

Ces recherches préliminaires ont donné lieu à de nombreuses interprétations. Par exemple :

- les psychiatres Gabbard et Twemlow voient dans ces mesures une indication que l'EHC pourrait se produire lorsque notre cerveau se trouve dans un état intermédiaire, *à la frontière* entre deux états normaux : par exemple, entre la veille et le sommeil ; ou entre les amplitudes d'ondes cérébrales delta et thêta (Gabbard, Twemlow, p. 209 et 221) ;
- par contre, le psychologue Carlos Alvarado signale que « les résultats de ces études sont difficiles à évaluer » et que « des recherches supplémentaires sont nécessaires pour corroborer ou enrichir les données disponibles » (Alvarado, 2000, p. 190).

Certains traits de la personnalité sont-ils propices aux EHC ?

Quand les psychologues veulent identifier les causes d'un comportement humain particulier, ils cherchent souvent à savoir si les personnes ont des prédispositions particulières qui favoriseraient ou empêcheraient ce comportement. Ils cherchent à découvrir si des *traits de caractère* de la personne peuvent induire un comportement particulier.

Dans ce type de recherches, on commence souvent par mesurer les traits de caractère d'un groupe d'individus ayant le comportement que l'on désire étudier (dans notre cas : l'EHC) par rapport à un deuxième groupe d'individus qui ne l'a pas (appelé : « groupe de contrôle »). Ensuite, on compare les « résultats » des deux groupes en fonction de certaines « échelles » qui permettent de mettre en évidence la présence (ou non) de certaines caractéristiques communes au groupe des expérienceurs. Si un trait de caractère revient plus souvent dans le groupe des expérienceurs, on peut s'interroger sur la possibilité qu'il soit l'une des « causes » — ou au moins qu'il favorise l'émergence — d'une EHC. Cependant, les scientifiques qui mènent ces recherches reconnaissent devoir faire face à plusieurs problèmes :

- l'échelle destinée à mesurer chacun de ces traits de caractère est souvent un questionnaire imprimé auquel il est demandé à l'expérienceur de répondre lui-même, en indiquant dans quelle mesure chaque affirmation proposée est vraie. Par exemple : « Certaines personnes ont parfois la sensation de se souvenir de manière si réaliste d'un événement passé qu'ils ont l'impression de revivre ce moment. Indiquez le pourcentage de fois où cela vous arrive. » Formulée ainsi, « les chercheurs ne peuvent jamais être sûrs que toutes les réponses positives à une question correspondent à la même expérience », signale l'un des chercheurs majeurs dans ce domaine (Alvarado, 2000, p. 205) ;
- les formulations employées dans les questionnaires ne doivent PAS faire référence au comportement étudié, et suspecté d'être causé par le trait de caractère, car il biaise les résultats, insinuant de façon insidieuse une corrélation entre les deux. Par exemple, dans une étude de ce type sur les EHC, un questionnaire portant sur la « dépersonnalisation » était utilisé et comprenait l'affirmation

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

suivante, censée caractériser précisément la dépersonnalisation : « Mon corps paraît détaché, comme si mon corps et mon être étaient séparés. »

Naturellement, les expérienceurs d'EHC répondront par l'affirmative à cette proposition, mais, en tant que chercheur en psychologie, Harvey Irwin fait remarquer à ses collègues (Irwin, 1985, p. 23) que ce serait une erreur de conclure en conséquence que les expérienceurs de sortie hors du corps montrent des caractéristiques de « dépersonnalisation » à l'inverse des non-expérienceurs. D'ailleurs, le même problème se pose dans d'autres domaines de recherche car, au moment où les échelles psychologiques standards utilisées aujourd'hui ont été créées, il y a plusieurs années, leurs concepteurs n'ont pas envisagé qu'elles seraient utilisées par les chercheurs sur les EHC ou d'autres expériences extraordinaires. Par conséquent, ces échelles contiennent dans leur grille d'analyse même des affirmations qui reflétaient ce qui était considéré à l'époque comme les comportements et les croyances « normales » et « anormales » (*cf.* chap. 2 : « Psychopathologie ») ;

- lorsqu'une grande corrélation est décelée entre un trait de caractère particulier et un comportement particulier, il est impossible de savoir réellement si ce trait de caractère a effectivement déclenché le comportement en question, car une « cause » doit toujours précéder son « résultat ». Mais puisque l'échelle d'évaluation n'est utilisée qu'une seule fois, les chercheurs ne disposent pas de résultats antérieurs à l'expérience, résultats qu'ils auraient pu comparer à ceux obtenus nécessairement « après ». En réalité, il serait même possible de poser l'hypothèse que le trait de caractère puisse être une résultante de ce comportement, et non l'inverse.

Il convient d'avoir à l'esprit les limitations des méthodes utilisées lors de recherches sur les expérienceurs de sortie hors du corps en se penchant sur les résultats collectés au cours des dernières décennies. Les personnes identifiées par plusieurs chercheurs comme étant des expérienceurs de sortie hors du corps ont obtenu un résultat supérieur, par rapport aux personnes identifiées comme étant non-expérienceurs, sur les échelles psychologiques standards (développées plus tôt par d'autres chercheurs) pour mesurer les traits de caractère suivants : « absorption » (état de préoccupation

par une seule activité), « susceptibilité hypnotique », « propension aux fantasmes » et « dissociation » (Alvarado, 2000, p. 193-194).

- Par « absorption », le concepteur de l'échelle (Tellegen, Atkinson, 1974) entend une tendance aux expériences d'auto-remaniement (*self-altering experiences*) ce que d'autres chercheurs considèrent comme comprenant « une capacité à résister à la distraction » (Irwin, 2003, p. 188).
- Par « susceptibilité hypnotique », les concepteurs de l'échelle désignent la facilité avec laquelle un individu peut être hypnotisé (Weitzenhoffer, Hilgard, 1967 ; Shor, Orne, 1962 ; Barber, Glass, 1962).
- Par « propension aux fantasmes », l'échelle utilisée est appelée « Inventaire des souvenirs et de l'imaginaire de l'enfance » (Myers, 1983).
- Dans « dissociation », les chercheurs ont réuni « une large variété d'expériences » (*www.cps.nova.edu/~cpphelp/DES.html*) dont certaines sont considérées par eux comme pathologiques telles : les troubles de la mémoire, de l'identité et de la connaissance, de même que les sensations de déréalisation et de dépersonnalisation ; et d'autres qu'ils considèrent comme non pathologiques telles que l'absorption dans l'imaginaire (Gow *et al.*, 2004).

Le docteur Alvarado a remarqué que ces traits de caractère étaient « inter-corrélés » et ce même parmi les non-expérienceurs, ce qui signifie que si l'un de ces traits de caractère est présent chez une personne, il est très probable que les autres le soient présents également. Pour plus de détails sur les manières dont il est possible d'interpréter ces données, voir Alvarado, 2000, p. 190-194.

Si l'on regarde les données démographiques, les recherches effectuées à ce jour sembleraient indiquer que le genre, l'âge, le niveau d'éducation, le statut marital, la classe sociale, le revenu ou la religion n'aient aucune influence sur l'occurrence des EHC (Irwin, 1985, p. 177-189 ; Irwin, 2003, p. 187).

Par ailleurs, « les connaissances préalables (chez l'expérienceur) ne semblent pas avoir d'incidence sur des différents éléments de l'expérience, qu'il s'agisse des sensations ressenties au début ou à la fin d'une EHC, la possession d'un corps astral, et l'impression de contrôler l'expérience » (Irwin, 2003, p. 187).

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Théories

Au vu de ces nombreuses découvertes sur les apparentes « conditions prérequises » aux EHC, interrogeons-nous sur la théorie qui expliquerait *pourquoi* ces conditions amèneraient spontanément une personne à vivre — ou l'aiderait à induire — une expérience de sortie hors du corps ? Qu'est ce que vivre une expérience de sortie hors du corps signifie pour cette personne ? Et que se passe-t-il à l'intérieur de son cerveau, et de son corps, dans son esprit conscient, et dans son subconscient ?

Les réponses proposées sont nombreuses et souvent contradictoires. De façon générale, on pourrait les classer dans deux grands groupes : le modèle « exosomatique » ou « de projection » où l'on présume que quelque chose *sort réellement* du corps physique et est perçu en dehors du corps, et le modèle « imaginaire » ou « psychologique » où l'on considère que l'expérience a lieu intégralement à l'intérieur du corps physique.

Ces deux types de modèles (exosomatique et psychologique) ont de nombreuses variantes proposées par différents auteurs. Mais très peu, voire aucune de ces variantes, n'explique réellement *l'intégralité* du phénomène de sortie hors du corps tel qu'il est rapporté par les expérienceurs. Néanmoins, puisque chaque variante met en avant un ou plusieurs éléments importants de ce phénomène, nous présenterons les plus importantes.

Le modèle de projection ou exosomatique

L'idée que *quelque chose* quitterait réellement le corps physique et percevrait réellement depuis l'extérieur du corps était le point de vue exprimé par plusieurs chercheurs français du XIX^e^ siècle et du début du XX^e^ siècle : Louis-Alphonse Cahagnet (1850), Adolphe d'Assier (1883), Albert de Rochas (1895), Hector Durville (1909), Gabriel Delanne (1909), A. Dumas (1947), et un chercheur italien qui a souvent publié en français, Ernesto Bozzano (1934).

Plus récemment, certaines recherches effectuées en laboratoire ont semblé appuyer cette théorie. Dans une série d'expérimentations, un détecteur conçu pour réagir au plus infime mouvement était placé à côté d'un visuel « cible » installé dans une pièce fermée. On demandait à l'expérienceur de « se rendre » dans cette

pièce, en sortie hors du corps, tandis que son corps physique se trouvait dans une autre pièce, fermée, et située à l'autre bout du même bâtiment. Des dizaines d'essais ont été réalisées pendant plusieurs mois et ont permis de constater que les moments lors desquels l'expérienceur avait identifié correctement la cible, dans la pièce fermée, correspondaient aux moments où le détecteur de mouvement, placé à côté de la cible, avait réagi (Osis, Mc Cormick, 1980). Ceci a été interprété comme une indication forte que *quelque chose* entrait dans la pièce fermée, et frôlait le détecteur en passant devant pour atteindre la cible. Dans une série d'expérimentation différente, le chaton récemment acquis par un expérienceur servi de « moyen de détection » à la place d'un mécanisme physique. Le chaton se calmait chaque fois que le supposé « corps exosomatique » de l'expérienceur « venait » lui rendre visite (alors que le corps physique de l'expérienceur se trouvait toujours dans un autre bâtiment situé à plus d'un kilomètre). Et chaque fois que le supposé « corps exosomatique » partait du laboratoire où se trouvait le chaton, celui-ci redevenait nerveux et recommençait à miauler (Morris *et al.*, 1978).

Les chercheurs qui se sont intéressés à ce que l'on désignerait par « corps exosomatique » ont développé une description assez élaborée de ses caractéristiques, de son comportement et de ses limitations en s'inspirant d'une multitude de témoignages d'expérienceurs. Bien que ces témoignages ne concordent pas tous entièrement, on peut en faire une synthèse, et présenter la description et de leurs caractéristiques principales (Forhan, 1926 ; Monroe, 1990, 1996 ; Bourgine, 1993, p. 115 ; Muldoon, 1980 ; Bruce, 1999 ; Crookall, 1970 ; Buhlman, 1998 ; Vieira, 2002) :

a) le corps humain physique serait associé à au moins deux, et non juste un, « corps d'énergie subtile » ;

b) le plus dense de ces corps d'énergie subtile aurait tendance à rester à l'intérieur du corps physique ou ne serait susceptible de s'en éloigner uniquement qu'à une distance maximum de 7 mètres ;

c) le « plus subtil » de ces corps exosomatiques pourrait s'éloigner beaucoup plus du corps humain que le corps plus dense (des centaines de kilomètres) et il pourrait « porter » un *double* de la

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

personnalité et de l'esprit de l'expérienceur, spécialement quand l'expérience est volontaire. Ainsi, certains théoriciens disent que l'esprit de la personne *ne quitte pas* le corps physique pendant l'EHC. Ce serait plutôt une copie ou un « double » de l'esprit de la personne qui serait temporairement « projeté hors » du corps physique (Bruce, 1999) ;

d) un canal de communication est toujours maintenu entre le double exosomatique et le corps physique, même si ce lien est généralement passif, sauf quand un signal est envoyé au double lorsque quelque chose touche ou dérange fortement le corps physique ;

e) Le double projeté a la capacité de faire preuve de « volonté » et peut, par conséquent, apprendre à augmenter sa clarté perceptuelle, se diriger vers des endroits géographiques différents, et altérer ses capacités de perception afin de percevoir la variété des environnements décrits dans la section « Environnements expérimentés lors d'une EHC ».

Dans certains cas, les partisans de ce modèle ont affirmé être capables d'en faire une application pratique, en apprenant à leurs étudiants comment « transférer plus efficacement les souvenirs de l'EHC vécu par le "double projeté" dans les processus de mémorisation habituels du cerveau physique et ce, immédiatement après le retour dans le corps physique, de sorte qu'ils ne soient pas perdus, et que l'EHC ne soit pas oubliée instantanément » (Bruce, 1999, p. 298-321).

Les objections au modèle exosomatique reposent essentiellement sur les questions suivantes :

- de quelle substance serait composé le corps exosomatique ?
- peut-il être mesuré ou détecté ? (les deux séries d'expérimentations décrites auparavant dans cette partie ne sont pas suffisantes et ne parviennent pas à convaincre la grande majorité des scientifiques).

En attendant que des recherches nouvelles ne soient menées pour répondre à ces questions, l'un des partisans du modèle exosomatique propose la réponse suivante :

> « Si [le corps exosomatique] est invisible aujourd'hui, il n'attend que les moyens technologiques appropriés pour confirmer demain son existence. Ce qui quitte le corps est hypothétique uniquement dans le sens où les "microbes" étaient hypothétiques avant l'invention du microscope. Les doubles énergétiques ne sont pas plus "non physiques" que l'étaient les rayons X en 1800. Les doubles énergétiques représentent une cinquième force de la nature, une bioénergie, que la physique actuelle n'est pas (encore) en mesure de confirmer. Ils représentent des *extensions* potentielles de notre énergie physique et des quatre forces connues (la gravité, l'électromagnétisme, la force nucléaire forte et la force nucléaire faible) » (Woodhouse, 1996, p. 203).

Le modèle psychologique ou imaginaire

Plutôt que de postuler l'existence d'une *substance* ou *d'un type d'énergie* qui échapperait encore à toute mesure, d'autres chercheurs proposent d'expliquer l'EHC en élargissant des théories psychologique ou neurologique déjà connues. En général, chaque branche de ces sciences a donné lieu à une théorie basée sur ses propres principes préexistants. Ainsi, selon le point de la psychanalyse freudienne (en y intégrant la psychologie de l'ego de Paul Federn) :

> « Dans les expériences de sortie hors du corps, il semblerait qu'il y ait un retrait de l'énergie émotionnelle (appelée cathexie), du moi *corporel*, au profit du *mental* [...]
>
> Le désinvestissement du moi corporel est (donc) réinvesti dans l'image du corps [...] de sorte que le sujet [...] a la sensation subjective d'un moi corps » (Gabbard, Twemlow, 1984, p. 176, 178).

Du point de vue de la psychanalyse lacanienne (en y intégrant la pensée de Hécaen, Ajuriaguerra et M'Uzan) :

> « L'expérience "exosomatique" relèverait donc en première approximation du registre imaginaire de la constitution de moi et pourrait s'entendre... comme moment régressif et défensif lors de confrontation soudaine au réel de la mort.
>
> « De plus [...] ce double [...] est salvateur : [...] c'est une présence insolite et familière qui n'entraîne pas d'angoisse. De sorte qu'il symbolise un espace "d'extra-territorialité comparable à celui qui existe dans les premiers temps de la vie [...]". La projection et la régression amènent le mourant à désapprendre de reconnaître comme étant du soi l'*alter ego* qu'il a constitué...
>
> « C'est le principe de l'identification : [...] "L'homme trouve sa maison en un point situé dans l'Autre." [...] D'avoir pu se voir du point exogène en ce lieu de l'Autre [...] est une sorte de preuve d'un lien subtil à l'Autre [... et] de vérifier [...] que l'Autre ne veut pas le perdre » (Le Maléfan, 2005, p. 531-532).

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Du point de vue de la psychologie cognitive (en y intégrant la recherche sur les rêves) :

> « Notre conception, proposée également par la psychologue anglaise Susan Blackmoore (1988), est qu'une EHC commence lorsqu'une personne perd le contact avec toutes les informations sensorielles que lui envoie son corps, tout en demeurant consciente. La personne conserve l'impression d'avoir un corps, mais cette impression ne provient plus des informations fournies par les sens.
>
> Chacun de nous vit ce processus chaque nuit dans ses rêves. En effet, tous les rêves pourraient être appelés des EHC dans le sens où, au cours de nos rêves, nous faisons l'expérience d'événements et d'endroits différents de l'activité de nos corps » (Levitan, LaBerge, 1991).

Un autre psychologue cognitiviste, le professeur australien Harvey J. Irwin, considère que les EHC ne sont pas produites par un processus de rêve mais par un processus de *synesthésie* — un phénomène neurologique qui conduit le cerveau à associer un ou plusieurs sens physiques entre eux. Il soutient qu'après que l'individu cesse de sentir son corps physique (suite à une relaxation profonde par exemple), il peut avoir :

> « l'impression que la conscience n'est plus rattachée spatialement au corps. Cette *idée* abstraite, non verbale de conscience désincarnée est codée par le système de traitement cognitif en une *image* somesthésique, passive, d'un soi statique flottant [...]
>
> [Ensuite,] au moyen de la synesthésie, l'image somesthésique peut aussi être transformée en image *visuelle* (amenant la personne à croire qu'elle voit son corps de l'extérieur), l'image somesthésique peut aussi être transformée en une forme kinesthésique, plus dynamique, conduisant l'expérienceur à avoir l'impression d'être capable de bouger dans l'environnement hors du corps imaginé » (Irwin, 1999, p. 239).

Les points communs de toutes ces théories psychologiques/imaginaires sont les suivants :

- l'expérienceur perd d'abord la sensation de son propre corps physique ;
- en conséquence, l'expérienceur cesse de s'identifier à ce corps.

Ensuite, on rencontre différentes hypothèses psychologiques sur la façon dont la personne va pouvoir construire les images *visuelles* :

- du corps qu'il ne peut désormais plus sentir ;

- de l'environnement qu'il affirme être capable de percevoir autour de son corps.

Quelques théories proposent également une hypothèse afin d'expliquer la *sensation de mouvement* (*l'image kinesthésique*) que les expérienceurs rapportent, comme s'ils avaient voyagé à travers ces nombreux environnements imaginaires. Cependant, plusieurs objections à ces modèles théoriques sont soulevées :

- il demeure impossible d'expliquer comment une personne puisse être capable de décrire des événements ou des objets situés dans des endroits éloignés de son corps physique et qu'elle n'avait jamais vus auparavant (endroits où elle prétend « voyager » pendant l'expérience) ;
- ces modèles n'ont pas pleinement expliqué non plus pourquoi les *effets secondaires* sur le développement psychologique de la personne sont souvent très puissants, profonds et durables, si l'expérience était essentiellement une simple illusion momentanée.

Les modèles neurologiques

En changeant de perspective et à un autre niveau d'analyse des chercheurs ont choisi de se concentrer non plus sur l'*esprit*, mais d'aller observer directement ce qui se produisait dans le *cerveau*.

Le premier exemple d'une induction d'EHC en stimulant directement le cerveau a été publié par un chirurgien canadien, Wilder Penfield (1955), quand l'un de ses patients épileptiques, dont il avait touché le cerveau avec une sonde électrique, s'exclama : « Oh, je suis en train de sortir de mon corps ! » Au cours de précédentes opérations avec d'autres patients, le docteur Penfield avait remarqué que lorsqu'il appliquait une légère charge électrique sur différents points d'une partie de leur cerveau (« le lobe temporal »), il induisait de nombreuses expériences différentes (musicale, parfumées, etc.) similaires à celles vécues lorsque le tissu cérébral génère lui-même des charges électriques dans ces aires. Ces expériences provoquées cessaient dès que le docteur Penfield retirait sa sonde. L'aire particulière du cerveau associée à la sensation de sortir de son corps ressentie par le patient était une aire normalement impliquée dans l'interprétation de la position du corps dans l'espace tridimensionnel (« sensations vestibulaires »).

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Plus récemment, un neurochirurgien suisse, le docteur Olaf Blanke, eu la même surprise alors qu'il explorait électriquement le « gyrus angulaire droit » (partie du lobe pariétal du cerveau) d'un patient épileptique (Blanke, 2002). Intrigués, le docteur Blanke et le docteur Christine Mohr décidèrent de rechercher dans les archives médicales d'autres patients en neurologie ayant rapporté avoir vu leur corps depuis l'extérieur d'eux-mêmes. Sur quarante et un cas analysés, onze semblaient avoir vécu une EHC. (Les autres patients avaient ce que les médecins nomment « autoscopie » ou « héautoscopie », des hallucinations examinées dans la partie « Psychopathologie » de ce chapitre.) De leurs études de ces cas, Blanke et Mohr concluèrent que l'origine neurologique des EHC ne se situait pas dans les aires de traitement *visuel* du cerveau, d'où semblent provenir les hallucinations autoscopiques, mais plutôt dans la zone de rencontre des lobes temporal et pariétal (appelé la jonction temporo-pariétale). Normalement, à cette jonction, le cerveau associe les informations provenant de plusieurs sens différents — le toucher, l'équilibre ainsi que nos sens internes de positions des bras, des jambes et de la tête appelés « proprioception » — qui nous permettent d'avoir une perception continue de l'endroit où « le soi » se trouve. Le docteur Blanke suggère que lorsque ce traitement d'information est temporairement interrompu, le cerveau « déchiffre mal » et nous présente une vision de notre corps comme si nous nous trouvions à l'extérieur et au-dessus de lui (Schwabe, Blanke, 2008).

Le modèle neurologique soulève les questions suivantes :

- quand le cortex cérébral cesse de fonctionner (comme pendant un long arrêt cardiaque (Van Lommel, 2004)), qu'est-ce qui produirait l'image du corps et de son environnement que les expérienceurs, ayant vécu de tels arrêts cardiaques, ont rapporté ?
- lorsqu'il n'y a ni crise d'épilepsie, ni sonde électrique pour interrompre la jonction temporo-pariétale, comment une personne qui induit volontairement une EHC influence cette partie du cerveau ?
- comme pour le modèle « imaginaire », la question suivante se pose : si les environnements décrits par les expérienceurs sont créés par leur cerveau/esprit, comment explique-t-on leurs descriptions

exactes d'objets, de personnes, d'événements dans les lieux éloignés de leur corps physiques, et qui leur étaient inconnus ?

On constate que tous les modèles — projection/exosomatique, psychologique/imaginaire, neurologique — offrent chacun une ou plusieurs explications pour différentes parties d'une EHC. Cependant, aucun modèle ne semble encore pouvoir expliquer à lui seul toutes les caractéristiques d'une expérience de sortie hors du corps.

PSYCHOPATHOLOGIE

Il existe certains états pathologiques où l'individu peut en quelque sorte *se sentir* séparé de son « soi » habituel, il peut même *voir* un « second soi ». Par conséquent, les professionnels de santé et les chercheurs universitaires se sont parfois demandés si l'EHC n'appartiendrait pas à l'un de ces états pathologiques. L'expérience clinique et la recherche suggèrent que ce n'est pas le cas :

> « Pour des raisons d'élaboration de traitement et de diagnostic différentiel appropriés, nous pensons qu'il est important de déterminer [...] à quel niveau se différencie l'EHC de la dépersonnalisation, de l'autoscopie et de la perte schizophrénique de limites. Nous n'affirmons pas que les personnes souffrant de ces états pathologiques ne puissent pas avoir d'expérience de sortie hors du corps également. Ils le peuvent. Le point important ici est que de tels phénomènes ne sont pas *synonymes* de dépersonnalisation, d'autoscopie ou de psychose [...] » (Gabbard, Twemlow, 1984, p. 119).

Les cinq états différents qui sont susceptibles d'être confondus avec une EHC sont les suivants :

- la dépersonnalisation ;
- l'autoscopie ;
- l'héautoscopie ;
- perturbation schizophrénique des limites du corps ;
- la schizotypie

La dépersonnalisation

La dépersonnalisation est « une altération de la perception de soi de telle sorte que la sensation de sa propre réalité est temporairement

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

perdue » (Twemlow, 1989, p. 33). Cette interruption de la relation normale de la personne avec elle-même peut-être vécue comme une perte de sensation de tout ou partie de son corps, elle peut éprouver des doutes sur sa propre identité, ou encore percevoir une séparation entre son soi fonctionnel et son soi observateur. La personne peut également être amenée à douter de la réalité du monde qui l'entoure. Cet état est également appelé « déréalisation ».

Parfois, ce type d'expériences peut être vécu temporairement par des personnes saines (on les appelle alors « dépersonnalisations transitoires ») (Irwin, 1985, p. 23 ; Sedman, 1970). Dans les circonstances pouvant être à l'origine de telles expériences, citons les accidents de voiture, ou encore les situations menaçant la vie ou l'intégrité physique de la personne et durant lesquelles le temps semble ralentir. Dans de tels cas, la personne s'observe en train de prendre des décisions, et agit comme si elle se trouvait à une certaine distance. Dans d'autres cas, la sensation d'aliénation de soi peut être un symptôme de différentes maladies comme la dépression, l'angoisse persistante ou la schizophrénie (Twemlow, 1989, p. 34 ; Fisher, Seidner, 1963).

Soulignons que les différences avec l'EHC sont nombreuses (Gabbard & Twemlow, 1989, p. 34) (voir encadré ci-dessous).

Différence entre dépersonnalisation et EHC

- Dans le cas de la dépersonnalisation, le soi observateur et le soi fonctionnel sont expérimentés comme deux entités séparées, alors que pendant une EHC, le soi observateur et le soi fonctionnel sont intégrés, et « présent » dans un seul et même lieu ; même s'il est perçu comme étant « hors du corps ». Le corps physique est alors expérimenté comme non fonctionnel.
- Les déroulés des épisodes de dépersonnalisation liés à la maladie sont irréels et similaires au rêve, alors que les expérienceurs décrivent généralement leurs EHC comme étant plus claires que leur état de veille, et comprennent des détails perçus de manière très juste, dans un environnement qui n'avaient été jamais visités auparavant.
- Les émotions vécues dans la dépersonnalisation sont désagréables (anxiété, panique, vide), alors que les émotions qui prédominent pendant une EHC sont plaisantes (euphorie ou une paix rassurante).

L'autoscopie

L'autoscopie consiste à voir un double de soi, une sorte d'image miroir (Nouet, 1923 ; Brugger, 2005). L'image semble transparente et incolore, elle est souvent celle d'un corps partiel, ne montrant que la tête et le buste de la personne (Twemlow, 1989, p. 35). La personne sait qu'il s'agit d'une hallucination ; elle n'a pas l'impression qu'une quelconque partie d'elle-même agit à l'intérieur de cette image. Neurologiquement, l'expérience autoscopique semble accompagner des défaillances dans les aires de traitement visuel du cerveau (cortex occipital) (Brugger, 2005). Parfois, cela peut-être déclenché par une forte fièvre (Twemlow, 1989, p. 35).

Pendant une EHC, la personne voit l'intégralité de son corps comme étant un objet solide, et non transparent. Et elle ne se demande pas si c'est une hallucination ; elle a l'impression qu'il s'agit de son vrai corps. De plus, elle ne voit pas son corps de la même manière que dans un miroir (avec le côté droit de son corps apparaissant dans la partie droite de son champ de vision). Pendant une EHC, les personnes voient plutôt leur corps physique comme d'autres personnes le verraient et cela les surprend car elles ne s'étaient jamais vues de la sorte auparavant.

En autoscopie, la personne a l'impression d'être toujours à l'intérieur de son corps physique, et non dans le « double » ; alors que pendant une EHC, la personne a l'impression d'être dans le double et de ne plus être du tout à l'intérieur de son corps physique.

L'héautoscopie

L'héautoscopie consiste à voir une deuxième version de soi-même mais, contrairement à l'autoscopie, la personne ne sait jamais vraiment qu'elle est la version qui contient son soi réel. Elle peut également avoir l'impression de faire des allers-retours entre son corps physique et son « double ». De plus, le « double » peut agir de manière autonome, alors que la personne observe sans bouger (Hécaen, de Ajuriaguerra, 1952). L'héautoscopie se manifeste d'une manière extrêmement dramatique du point de vue émotionnel.

Psychologiquement, cet état peut résulter d'une réticence de la personnalité à se voir exprimer ou accepter certaines émotions

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

qu'elle considère comme ne pouvant pas, ou ne devant pas l'être, mais auxquelles elle est néanmoins intensément liée. Les sentiments sont ainsi « poussés à l'extérieur » et sont vus comme étant exprimés par un autre soi (Hécaen, de Ajuriaguerra, 1952). À tel point que l'apparence externe du « double » peut ne pas ressembler du tout à l'individu, que ce soit au niveau vestimentaire, de la coupe de cheveux ou même du sexe (Brugger, 2005). Neurologiquement, cet état peut aussi se manifester consécutivement à un dysfonctionnement tel que l'épilepsie dans les lobes pariétaux du cerveau (Brugger, 2005 ; Blanke, Mohr, 2005, p. 188).

Les différences avec l'EHC sont nombreuses (Hécaen, de Ajuriaguerra, 1952 ; Buhlman, 1998 ; Blanke, Mohr, 2005, p. 194 ; Brugger, 2005 ; Gabbard, Twemlow, 1984) (voir encadré ci-dessous).

Différences entre héautoscopie et EHC

- Pendant une EHC, le corps vu par l'expérienceur est passif, alors que pendant l'héautoscopie, le corps observé est souvent très actif, parfois même menaçant.
- Le corps que les expérienceurs d'EHC voient semble solide et conserve les couleurs normales (vêtements, peau, etc.), alors que le corps vu en héautoscopie est pâle, « brumeux », « à la manière des fantômes ».
- Le double héautoscopique reste à proximité du corps physique de la personne, alors que le double d'EHC peut s'aventurer très loin de son corps physique. (En effet, si le double d'EHC reste à proximité du corps physique, il y a de fortes chances pour que l'EHC prenne fin - Buhlman, 1998).
- Pendant l'héautoscopie, la personne peut se sentir émotionnellement divisée entre les deux soi, mais pendant l'EHC, la personne se sent intégralement présente dans le corps non physique. En effet, si les émotions de la personne commencent à « atteindre » le corps physique, l'EHC cessera brutalement.
- L'anxiété est presque toujours présente pendant l'héautoscopie, alors que les émotions qui prédominent pendant l'EHC ont tendance à être plus agréables.

Perturbation schizophrénique des limites du corps

Dans la schizophrénie, parfois, l'individu peut ne plus savoir vraiment où son être finit, et où commence celui des autres personnes. Il peut également avoir des difficultés à déterminer si un événement se passe dans le monde extérieur ou à l'intérieur de lui-même. Ses limites corporelles ne sont plus claires (Gabbard, Twemlow, 1984, p. 78), et cette incertitude induit un affaiblissement de son expérience de la réalité. Quand ces perturbations des limites corporelles sont sévères, elles ont tendance à devenir chroniques à moins qu'elles ne soient prises en charge par une psychothérapie et/ou un traitement médicamenteux (Gabbard, Twemlow, 1984, p. 86-89, 91-13).

Bien qu'une EHC puisse à première vue faire penser à des problèmes de perturbation des limites corporelles, les cliniciens mettent l'accent sur les différences suivantes (Twemlow, 1989, p. 36-37) (voir encadré ci-dessous).

Différences entre shizophrénie et EHC

- La séparation du soi perceptif du corps physique qui a lieu pendant une EHC n'est pas une dissociation *chronique*, mais un événement de courte durée.
- L'expérience de la réalité des individus n'a pas montré d'affaiblissement après une ou plusieurs EHC.
- On rencontre généralement un large éventail de distorsions perceptuelles chez les schizophrènes, cela contraste fortement avec la relation très spécifique entre le corps et l'esprit dans les EHC.
- Les expérienceurs d'EHC ne « fusionnent » pas avec l'identité d'une autre personne comme le font les schizophrènes souffrant de perturbation de leurs limites.
- Alors que le schizophrène peut ne pas être sûr de l'endroit où se trouve son corps (à cause de l'impression de fusion avec une autre personne), l'expérienceur d'EHC est sûr de l'endroit où se trouve son corps physique, et même lorsqu'il en est « séparé », il sait où sa conscience se trouve.
- Alors que le sens de l'identité est fragile chez le schizophrène, il est beaucoup plus stable chez l'expérienceur d'EHC.
- L'expérienceur d'EHC voit son corps physique dans sa forme normale, et non déformé comme c'est le cas pour les schizophrènes ayant des perturbations de leurs limites.

☞

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

☞ • L'individu souffrant de perturbation de ses limites est assez bouleversé. Cela peut conduire à une régression de la personnalité. Au contraire, l'EHC entraîne souvent chez l'expérienceur le sentiment de se sentir grandi et plus conscient de lui-même (*cf.* « Effets secondaires » de ce chapitre).

La schizotypie

La schizotypie désigne un ensemble de traits de la personnalité qui peuvent indiquer chez un individu une tendance potentielle à la schizophrénie. Le tout premier modèle de schizotypie proposé par le psychologue britannique Gordon Claridge (1988), se compose de quatre critères :

- « désorganisation cognitive » (*Cognitive Disorganization*) : une tendance à avoir des pensées désorganisées, digressives, sans idée directrice ;
- « anhédonie introvertie » (*Introverted Anhedonia*) : une tendance à avoir un comportement introverti, émotionnellement plat et asocial. Ceci implique une incapacité à éprouver du plaisir à travers une interaction sociale, ou les stimulations physiques comme la nourriture, la nature et le sexe ;
- « non-conformité impulsive » (*Impulsive Nonconformity*) : une prédisposition à un comportement et à un caractère instable, particulièrement à l'égard des règles et des conventions sociales ;
- « expériences inhabituelles » (*Unusual Experiences*) (renommées plus tard « perceptions et croyances aberrantes ») : une prédisposition à avoir des perceptions inhabituelles et d'autres expériences cognitives, y compris des interprétations des événements et les croyances superstitieuses.

Quand le docteur Claridge et le docteur Charles McCreery ont demandé à plusieurs expérienceurs de sortie hors du corps de remplir leurs questionnaires d'évaluation de schizotypie, ils ont été surpris de découvrir que, malgré leurs expériences inhabituelles et leurs perceptions aberrantes (ils eurent des résultats élevés pour ce critère), les expérienceurs d'EHC se sont avérés *plus sains* que la moyenne de la population sur une partie du deuxième critère (capacité à éprouver du plaisir physique), et au même niveau que la moyenne

de la population pour les deux autres critères (la désorganisation cognitive et la non-conformité impulsive). (McCreery, Claridge, 1995).

Intrigué, le docteur McCreery se demanda alors s'il n'existerait pas un type de personnalité du genre « schizotype joyeux ». Les deux psychologues ont donc poursuivi leurs recherches avec les expérienceurs de sortie hors du corps et, lors d'études ultérieures, ils se rendirent compte que les expérienceurs d'EHC ne présentaient « visiblement aucun trouble fonctionnel et étaient bien équilibrés » (McCreery, Claridge, 1996*a*, p. 745). Ils conclurent qu'il en était ainsi, non pas malgré, mais plutôt « grâce en partie à leurs anomalies perceptuelles et autres expériences » (McCreery, Claridge, 2002). La conclusion de cette étude sur les expérienceurs de sortie hors du corps britanniques concorde de manière significative avec les résultats des précédentes études faites sur les expérienceurs australiens (Irwin, 1985, p. 213-217) et sur les expérienceurs américains (Gabbard, Twemlow, 1984, p. 22-25) au sujet des répercussions.

LES RÉPONSES THÉRAPEUTIQUES

Dans la partie « Répercussions » de ce chapitre, nous avons mentionné les résultats d'études indiquant que, pour la majorité des personnes ayant vécu une EHC, les conséquences étaient positives. Néanmoins, environ un quart des expérienceurs d'EHC rapportent, après leur première (et probablement unique) EHC, que l'expérience les avait troublés et effrayés. Un petit pourcentage (environ 5 %) affirme même que l'expérience les a tellement affectés qu'il leur a été difficile de reprendre le cours d'une existence normale. D'autres, également à hauteur de 5 %, étaient inquiets à l'idée que cela soit le signe d'une maladie mentale.

Pour ces personnes, l'assistance d'un thérapeute ayant une connaissance des EHC peut être cruciale. Évidemment, un diagnostic différentiel approprié doit être effectué, en prenant en compte les distinctions présentées dans la partie précédente concernant la « psychopathologie ». Les maladies qui peuvent être confondues avec l'EHC, nous venons de le voir, sont la dépersonnalisation, l'autoscopie, l'héautoscopie, la schizotypie et la schizophrénie. Le

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

psychiatre Stuart Twemlow (1989, p. 38) attire l'attention sur le fait que beaucoup de tort peut-être causé si le thérapeute n'ayant aucune connaissance des EHC établit un diagnostic erroné suite à une expérience de sortie hors du corps :

> « Le piège majeur à éviter est [...] l'effet angoissant, voire déstabilisant pour la personnalité de l'individu, que peut avoir un clinicien qui traite cette expérience normale, comme si elle était anormale [...] Nous avons reçu un nombre considérable de témoignages qui nous expliquent que ces expériences, lorsqu'elles ont été décrites à d'autres personnes ou à des médecins, ont été traitées comme le signe d'une maladie mentale imminente. »

Le docteur Twemlow encourage les thérapeutes à *ne pas minimiser l'importance* de l'expérience dans la vie du sujet, dans la mesure où près de la moitié des plus de trois cents expérienceurs qu'il a étudiés, ont déclaré que l'EHC avait été « la plus grande chose qui ne leur soit jamais arrivée ». De tels résultats l'ont conduit à alerter ses collègues thérapeutes sur la nécessité de ne pas ignorer l'impact transformateur d'une EHC sur l'individu (1989, p. 38-39) :

> « Juste pour rassurer le patient sur le fait qu'il n'est pas fou, il faudrait dévaloriser, une expérience potentiellement si enrichissante et thérapeutique [...] Maintes et maintes fois, les sujets ont décrit un changement radical de certaines de leurs valeurs existentielles, après une phase intensive d'introspection post-EHC. Qui suis-je ? [...] Quel est le sens de ma vie ? Et vers quoi je me dirige ? étaient les points le plus souvent soulevés par ces patients [...] Comme si l'expérience constituait une forme d'auto-thérapie accélérée. »

Afin de profiter de cette « remarquable occasion d'aider le sujet à évoluer et probablement, à prévenir des troubles futurs », le docteur Twemlow a développé ce qu'il appelle une « approche psycho-éducative » pour les expérienceurs de sortie hors du corps, qu'il définit comme une « relation enseignant/étudiant plutôt que thérapeute/patient » (1989, p. 40). Il déclare que cette approche requiert également des qualités d'accompagnant expérimenté. Les éléments clés sont présentés dans l'encadré suivant.

Approches thérapeutiques

- Discuter avec l'expérienceur et l'aider à examiner l'*impact* qu'il pense que l'EHC a eu sur lui ; sur ses sentiments, ses valeurs, ses priorités, sa vision de la réalité.
- Proposer à l'expérienceur des *ouvrages de qualité* sur les EHC. (Beaucoup d'expérienceurs auront déjà commencé à chercher des informations de leur côté avant de prendre contact avec le thérapeute (Irwin, 1999, p. 214-215)).
- Présenter au sujet *un large choix de techniques* « qui aide à élargir sa conscience ou développer son intuition ». Chaque école thérapeutique propose différentes approches. Fort de sa relation avec les expérienceurs, le docteur Twemlow recommande : la méditation (1989, p. 41-42) « souvent très utile pour favoriser l'*intégration* de l'expérience et pour donner à l'individu *un élan nécessaire pour continuer l'exploration de soi* ». Mais pour les personnes trop nerveuses pour rester assises pendant de longues périodes de méditation, il recommande de pratiquer une activité qui encourage l'auto-introspection, comme les arts martiaux ou d'autres techniques de mouvement, y compris certaines formes de danses. Ou, pour les personnes qui ressentent le besoin d'une approche plus intellectuelle, il a découvert qu'elles pouvaient apprendre à se détendre par exemple grâce à l'autosuggestion structurée.

Si toutefois une personne consulte un thérapeute pour parler d'une EHC mais que cette personne présente aussi clairement des symptômes de trouble mental, sa maladie devra bien sûr être soignée et guérie (si possible) avant que n'importe quel travail de développement personnel n'ait la moindre chance de porter ses fruits.

BIBLIOGRAPHIE

ALVARADO C. (1986). « Research on Spontaneous Out-of-Body Experiences : A Review of Modern Developments, 1960-1984 », in B. Shapin, L. Coly (éd.), *Current Trends in Psi Research*, New York, Parapsychology Foundation, p. 140-167.

ALVARADO C. (1989). « Trends in the Study of Out-of-Body Experiences : An Overview of Developments Since the Nineteenth Century » *Journal of Scientific Exploration*, vol. 3, n° 1, p. 27-42. Site internet : www.healthsystem.virginia.edu/ inter-

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

net/personalitystudies/publicationslinks/alvarado-jse-trends-obes-1989.pdf.

ALVARADO C. (2000). « Out of Body Experiences », in Etzel Cardena *et al.* (éd.), *Varieties of Anomalous Experience*, Washington DC, American Psychological Association, p. 183-218.

ATWATER F.H. (1997). « Accessing Anomalous States of Consciousness with a Binaural Beat Technology », *Journal of Scientific Exploration*, vol. 11, n° 3, p. 263-274. Site internet : *www.scientificexploration.org/journal/jse_11_3_atwater.pdf*

BARBER X., GLASS L. (1962). « Significant Factors in Hypnotic Behavior », *Journal of Abnormal Social Psychology*, 64, p. 222.

BLACKMORE S. (1984). « A Postal Survey of OBEs and Other Experiences », *Journal of the Society for Psychical Research,* 52, p. 225-244.

BLACKMORE S. (1988). « A theory of lucid dreams and OBEs », in Gackenbach J., LaBerge S. (éd.) *Conscious Mind, Sleeping Brain*, New York, Plenum, p. 373-387.

BLANKE O. *et al.* (2002). « Stimulating illusory own-body perceptions », *Nature*, vol. 419, n° 19, p. 269.

BLANKE O., MOHR Ch. (2005*a*). « Out-of-body experience, héautoscopy and autoscopic hallucination of neurological origin : Implications for neurocognitive mechanisms of corporeal awareness and self-consciousness », *Brain Research Reviews*, 50, p. 184-199.

BLANKE O., MOHR Ch. *et al.* (2005*b*) « Linking Out-of-Body Experience and Self Processing to Mental Own-Body Imagery at the Temporoparietal Junction », *Journal of Neuroscience*, 25 (3), p. 550-557.

BOURGINE J. (1993). *Le Voyage astral : Enquête sur les voyages hors du corps*, Paris, Le Rocher.

BOZZANO E. (1934) « "Corpo eterico" ed esistenza spirituale » [« Le corps éthérique et l'existence spirituelle »], *La Ricerca Psichica*, 34, p. 582-595.

BRUCE R. (1999). *Astral Dynamics : A N.E.W. Approach to Out-of-Body Experience*, Charlottesville, (VA), Hampton Roads Publishing Company.

BRUCE R., MERCER B. (2005). *Mastering Astral Projection : 90-Day Guide to Out-of-Body Experience*, St. Paul (MN), Llewelyn Publications.

BRUGGER P. (2005) « Phantomology : The Science of the Body in the Brain », http://www.artbrain.org/phantomlimb/brugger.html.

BUHLMAN W. (1998) *Voyage au-delà du corps*, Varennes, Québec, Éditions AdA.

BUHLMAN W. (1997). *Secrète de l'âme*, Varennes, Québec, Éditions AdA.

CAHAGNET L.-A. (1850). *Sanctuaire du Spiritualisme : Étude de l'âme humaine*, St-Cloud, Imprimerie de Belin-Mandar p. 20-27, 107.

CLARIDGE G. (1988). « Schizotypy and schizophrenia », in P. Bebbington, P. McGuffin (éd.) *Schizophrenia : the Major Issues*, Oxford (GB), Heinemann Mental Health Foundation, p. 187-200.

CROOKALL R. (1964). *More Astral Projection : Analyses of Case Histories*, Londres (GB), Aquarian Press.

CROOKALL R. (1970). *Out of the Body Experiences : A Fourth Analysis*, New York, University Books.

D'ASSIER A. (1883). *Revenants et fantômes. Essais sur l'humanité posthume et le spiritisme*, Paris, Baillière.

DELANNE G. (1909). *Les Apparitions matérialisées des vivants et des morts* (vol. 1), Paris, Leymarie.

DERIDDER D. (2007). « Visualizing Out-of-Body Experience in the Brain », *New England Journal of Medicine*, vol. 357, n° 18, p. 1829-1833.

DE ROCHAS A. (1895). « Les fantômes des vivants », *Annales des sciences psychiques*, 5, p. 257-275.

DUMAS A. (1947). *La Science de l'âme*, Paris, Ocia.

DURVILLE H. (1909 et 1929). *Le Fantôme des vivants. Recherches expérimentales sur le dédoublement des corps de l'homme*,

Paris, Librairie du Magnetisme 1909 ; Bibliothèque Eudiaque, 1929. [À ne pas confondre avec le petit ouvrage du même auteur : *Manifestations du fantôme des vivants* Perthuis Durville (1986).]

EHRSSON H. (2007). « The Experimental Induction of Out-of-Body Experiences », *Science*, vol. 317, n° 5841, p. 1048.

ELDER P. (2005). *Eyes of an Angel*, Charlottesville (VA), Hampton Roads Publishing Co.

FISHER S., SEIDNER R. (1963). « Body experiences of schizophrenic, neurotic and normal women », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 137, p. 252-257.

FORHAN M. [« Yram »] (1926). *Le Médecin de l'âme. Observations de douze années de dédoublement conscient dans les mondes invisibles*, Paris, Éditions Adyar.

FREUD S. (1933). « La création littéraire et le rêve éveillé », *Essais de psychanalyse appliquée*, Paris, Gallimard. Site internet : *www.mapageweb.umontreal.ca/cochrant/depot/freud_pdf/creation.pdf.*

GABBARD G., TWEMLOW S. (1984). *With the Eyes of the Mind : An Empirical Analysis of Out-of-Body States*, New York, Praeger Publishers.

GOW K. *et al.* (2004). « Fantasy proneness, paranormal beliefs and personality features in out-of-body experiences », *Contemporary Hypnosis*, 21 (3), p. 107-125.

GREEN C. (1970). « Out-of-the-Body Experiences », *International Journal of Psycho-Analysis*, 51, p. 559-560.

HARALDSSOHN, ERLENDUR *et al.* (1977). « National Survey of Psychical Experiences and Attitudes towards the Paranormal in Iceland », in J.D. Morris *et al.* (éd.), *Research in Parapsychology-1976*, Metuchen (NJ), Scarecrow Press, p. 182-186.

HARARY K., WEINTRAUB P. (1989). *Have an Out-of-Body Experience in 30 Days*, New York, St Martin's Griffin.

HEARNE K. (1978). *Lucid Dreams : An Electrophysiological and Psychological Study* (thèse de doctorat non punlié), Liverpool, University of Liverpool.

HÉCAEN H., AJURIAGUERRA J. de (1952). *Méconnaissances et hallucinations corporelles*, Paris, Masson.

HEFNER A.G. (2009). « Peak Experiences », site internet : www.themystica.com/mystica/articles/p/peak_experiences.html.

SAINT-DENIS H. DE, LECOQ M.-J.-L. (1867). *Les Rêves et les Moyens de les diriger*, Paris, Librairie d'Amyot.

IRWIN H. (1985). *Flight of Mind : A Psychological Study of the Out-of-Body Experience*, Metuchen (NJ)-Londres, Scarecrow Press.

IRWIN H. (1996). « Childhood Antecedents of Out-of-Body and Déjà vu Experiences », *Journal of the Society for Psychical Research,* 90, p. 157-173.

IRWIN H. (1999). *An Introduction to Parapsychology* (3e éd.), Jefferson (NC), McFarland.

IRWIN H. (2004). *An Introduction to Parapsychology* (4e éd.), Jefferson (NC), McFarland.

KLINGER E. (1978). « Dimensions of Thought and Imagery in Normal Waking States », *Journal of Altered States of Consciousness*, 4 (2), p. 97-112.

KRIPPNER S. (1996). « A Pilot Study in ESP, Dreams, and Purported OBEs », *Journal of the Society for Psychical Research*, 61, p. 88-93.

LABERGE S., GACKENBACH J. (2000). « Lucid Dreaming », in Etzel Cardena *et al.* (éd.), *Varieties of Anomalous Experience*, Washington DC, American Psychological Association, p. 151-182.

LABERGE S. *et al.* (1981). « Lucid Dreaming Verified by Volitional Communication during REM Sleep, » *Perceptual and Motor Skills* (52) 3, p. 727-732.

LABERGE S. (1990). « Lucid Dreaming : Psychophysiological Studies of Consciousness during REM Sleep », in R. Bootzen *et al.* (éd.), *Sleep and Cognition*, Washington DC, American Psychological Association, p. 109-126. Site internet : *www.lucidity.com/SleepAndCognition.html*

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

LANCELIN Ch. (1913). *Méthode de dédoublement personnel*, Paris, H. Durville. Republié en 1986 à Paris par Fernand Lanore.

LE MALÉFAN P. (2005). « La "sortie hors du corps" est-elle pensable par nos modèles cliniques et psychopathologiques ? », *L'Évolution psychiatrique*, 70, p. 513-534.

LEVITAN L., LABERGE S. (1991). « Other Worlds : Out-of-Body Experiences and Lucid Dreams », *Nightlight*, 3, p. 2-3.

MASLOW A. (1964). *Religions, Values and Peak Experiences*, New York, Viking Press.

MAY E. *et al.* (1988). *Review of the Psychoenergetic Research Conducted at SRI International 1973-1988*, Palo Alto (CA), SRI International.

MCCREERY CH., CLARIDGE G. (1995). « Out-of-the-body experiences and personality », *Journal of the Society for Psychical Research*, 60, p. 129-148.

MCCREERY CH., CLARIDGE G. (1996). « A study of hallucination in normal subjects — I : Self-report data », *Personality and Individual Differences*, 21, p. 739-747.

MCCREERY CH., CLARIDGE G. (2002). « Healthy schizotypy : the case of out-of-the-body experiences », *Personality and Individual Differences*, 32, p. 141-154.

MCMONEAGLE J. (2002). *The Stargate Chronicles*, Charlottesville (VA), Hampton Roads Publishing.

MONROE R. (1996). *Le Voyage hors du corps*, Paris, Le Rocher.

MONROE R. (1990) *Fantastiques expériences de voyage astrale*, Paris, Robert Laffont.

MONROE R. (1994) *Ultimate Journey*, New York, Doubleday.

MOREHOUSE D. (1996). *Psychic Warrior*, New York, St Martin's Press (aussi Forest Row, Surrey, Clairview Books, 2000).

MORRIS R. *et al.* (1978). « Studies of Communication during Out-of-Body Experiences, » *Journal of the American Society for Psychical Research,* 72, p. 1-21.

MULDOON S., CARRINGTON H. (1990). *La Projection du corps astral*, Paris, Le Rocher.

NOUËT H. (1923) « Hallucination speculaire et traumatisme crânien », *Encéphale*, 18, p. 327-329.

OSIS K. (1979) « Insiders'Views of the OBE : A Questionnaire Survey », in Roll W.G. (éd.), *Research in Parapsychology-1978*, Metuchen (NJ), Scarecrow Press, p. 50-52.

OSIS K., MCCORMICK D. (1980). « Kinetic Effects at the Ostensible Location of an Out-of-Body Projection during Perceptual Testing », *Journal of the American Society for Psychical Research*, 74, p. 319-329.

OSIS K., MITCHELL J. (1977). « Physiological Correlates of Reported Out-of-Body Experiences, » *Journal of the Society for Psychical Research*, 49 (772), p. 525-536.

PALMER J. (1975). « The influence of psychological set on ESP and out-of-body experiences » *Journal of the American Society for Psychical Research*, 69, p. 163-213.

PALMER J. (1979). « ESP and Out-of-Body Experiences : EEG Correlates », in Roll W.G. (éd.), *Research in Parapsychology-1978*, Metuchen (NJ), Scarecrow Press, p. 135-138.

PENFIELD W. (1955). « The Role of the Temporal Cortex in Certain Psychical Phenomena », *Journal of Mental Science*, 101, p. 451-465.

POYNTON J. (1975). « Results of an Out-of-the-Body Survey », in J. Poynton (éd.) *Parapsychology in South Africa*, Johannesburg, South African Society for Psychical Research.

PUTHOFF H. (1996). « CIA-initiated remote viewing program at Stanford Research Institute », *Journal of Scientific Exploration*, 10, p. 63-76.

PUTHOFF H., TARG R. (1976). « A perceptual channel for information transfer over kilometer distances », *Proceedings of the IEEE*, 64, p. 345-346.

RÉANT R. (1985). *Pratiquez la parapsychologie*, Paris, Le Rocher.

RHINE J. *et al.* (1966). *ESP After 60 Years*, Boston, B. Humphries, p. 95-105.

SCHAPIRO S. (1976) « A Classification Scheme for Out-of-Body Phenomena », *Journal of Altered States of Consciousness*, 2, p. 259-265.

SCHWABE L., BLANKE O. (2008). « The vestibular component in out-of-body experiences : A computational approach » *Frontiers in Human Neuroscience*, 2, article 17. Site internet : http://frontiersin.org/humanneuroscience/paper/ 10.3389/neuro.09/017.2008/html

SEDMAN G. (1970) « Theories of depersonalization : A re-appraisal », *British Journal of Psychiatry*, 112, p. 907-912.

SHOR R., ORNE E. (1962). *Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility*, Palo Alto (CA), Consulting Psychologists Press, Inc.

SINGER J. (1975). *The Inner World of Daydreaming*, New York, Harper & Row.

TART Ch.T. (1967). « Second Psychophysiological Study of Out-of-the-Body Experiences in a Selected Subject », *International Journal of Parapsychology*, 9, p. 251-258. Site internet : *http://www.paradigm-sys.com/ctt_articles2.cfm?id=32*.

TART Ch.T. (1968). « A Psychophysiological Study of Out-of-the Body Experiences in a Selected Subject » *Journal of the American Society for Psychical Research*, vol. 62, n° 1, p. 3-27. Site internet : *www.paradigm-sys.com/ctt_articles2.cfm?id=31*.

TART Ch.T. (1969). « Further Psychophysiological Study of Out-of-the-Body Experiences in a Gifted Subject » *Proceedings of the Parapsychological Association*, vol. 6, p. 43-44. Site internet : *http://www.paradigm-sys.com/ctt_articles2.cfm?id=4*.

TART Ch.T. (1998). « Six Studies of Out of Body Experiences » *Journal of Near-Death Studies*, vol. 17, n° 2, p. 73-99. Site internet : *www.paradigm-sys.com/ctt_articles2.cfm?id=50*.

TELLEGEN A., ATKINSON G. (1974). « Openness to absorbing and self-altering experiences (» absorption »), a trait related to hypnotic susceptibility », *Journal of Abnormal Psychology*, 83, p. 268-277.

TWEMLOW S. *et al.* (1982). « The out of body experience : A phenomenological typology based on questionnaire responses, » *American Journal of Psychiatry*, 139, p. 450-455.

TWEMLOW S. (1989). « Clinical Approaches to the Out-of-Body Experience », *Journal of Near-Death Studies*, 8 (1), p. 29-43.

VAN LOMMEL, PIM (2004), « About the continuity of consciousness », Advances in experimental Medicine and Biology, 550 : 115-132, sur site : www.iands.org.

VIEIRA W. (2002). *Projectiology : A Panorama of Experiences of the Consciousness outside the Human Body*, Rio de Janeiro, International Insititute of Projectiology and Conscientiology. [D'abord en portugais : *Projeciologia : Panorama das Experiências da Consciência Fora do Corpo Humano* (1986, puis 1999), Rio de Janeiro, Instituto Internacional de Projeciologia e Conscienciologia.]

WEITZENHOFFER A., HILGARD E. (1967). *Revised Stanford Profile Scales of Hypnotic Susceptibility* Mountain View (CA), Consulting Psychologists Press, Inc.

WIEDMANN K., HARALDSSON E. (1980). « Some Results Concerning Reported OBEs in Iceland » manuscrit non publié, Reykjavik, University of Iceland.

WILSON S., BARBER T. (1983). *Inventory of Childhood Memories and Imaginings (ICMI)* Framingham (MA), Cushing Hospital.

WOODHOUSE M. (1996). *Paradigm Wars*, Berkeley (CA), Frog Ltd.

7

RÊVE LUCIDE

Stephen LaBerge et Jayne Gackenbach[1]

> « Je me souviens être allé au lit avec l'esprit en paix et plein d'une joie tranquille. Le rêve durant la nuit qui suivit fut au début plutôt irrationnel, quoique peut-être plus impliquant que d'ordinaire. Je semblais me déplacer sans à-coups à travers une région de l'espace puis, à un moment, je ressentis une claire sensation de fraîcheur flotter autour de moi. C'est ce qui attira mon attention avec un intérêt étrange.
>
> Je crois que c'est à ce moment que le rêve devint lucide. Puis soudainement, [...] tout ce qui avait été jusqu'ici plongé dans la confusion s'évanouit, et l'espace prit un nouvel éclat avec une présence, une réalité totale, une liberté de perception et un sens du détail comme jamais auparavant ; même l'obscurité semblait vivante. L'idée qui naquit en moi à ce moment-là me laissa avec la conviction indubitable que "je n'avais jamais été éveillé auparavant" » (Whiteman, 1961, p. 57).

1. Ce texte, traduit de l'américain par Renaud Évrard, intitulé « Lucid dreaming » a été initialement publié en anglais par LaBerge, Stephen; Gackenbach, Jayne Cardeña, Etzel (éd.); Lynn, Steven Jay (éd.); Krippner, Stanley (éd.). (2000) dans l'ouvrage *Varieties of Anomalous Experience : Examining the Scientific Evidence* (p. 151-182). Washington DC, American Psychological Association.

Copyright ©2000 par the American Psychological Association. Traduit et reproduit avec la permission de l'éditeur et des auteurs. The American Psychological Association n'est pas responsable de l'exactitude de la traduction. Cette traduction ne peut être reproduite ou distribuée sous quelque forme que ce soit ou par quelques moyen existant, ou stockée dans une base de donnée, sans les accords écrits préalables de l'APA ; puis de l'INREES.

Pour des raisons éditoriales, deux sections (Questions méthodologiques et Différences individuelles) présents dans le texte original ont été supprimées de cette présente édition avec l'accord des auteurs. Elles sont accessibles en ligne sur le site de l'INREES (http://manuel.inrees.com).

DÉFINITION

D'ordinaire, nous ne pensons pas au fait que nous sommes conscients quand nous le sommes (si effectivement nous sommes conscients, ce que le rêve lucide vient questionner). De même, il est de règle que nous ne soyons pas conscients que nous rêvons, pendant que nous rêvons. Nous faisons d'ordinaire l'expérience de nos rêves comme s'il s'agissait de la réalité physique et ne les reconnaissons pour ce qu'ils sont, qu'après nous être éveillés. Cependant, il y a une exception significative à cette généralisation : parfois, nous sommes explicitement conscients que nous rêvons alors que nous rêvons. L'expérience du *rêve lucide*, ainsi que fut nommé ce phénomène (van Eeden, 1913), est clairement *anomale* en comparaison de l'habituelle expérience doucement délirante du rêve non lucide. Le terme *lucide* est utilisé dans le sens psychiatrique, indiquant un état d'esprit clair et une orientation correcte dans la réalité, par opposition à l'esprit embrouillé et à la désorientation bercée d'illusions du délire.

Tout comme il y a des degrés dans le délire, il y a des degrés dans la lucidité (Barrett, 1992 ; Kahan et LaBerge, 1994 ; LaBerge, 1985). Dans le meilleur des cas, les rêveurs lucides disent être en pleine possession de leurs facultés cognitives en plein rêve : ils rapportent être capables de raisonner clairement, de se remémorer les conditions de la vie de veille, et d'agir (ou pas) volontairement après réflexion et en accord avec les plans décidés avant d'aller dormir. Dans le même temps, ils restent profondément endormis, faisant l'expérience d'un monde onirique qui semble intensément réel.

La définition habituelle du rêve lucide est simplement celle de savoir qu'on rêve quand on rêve (Green, 1968 ; LaBerge, 1985). Certains chercheurs (par exemple, Tart, 1984 ; Tholey, 1988) considèrent que ce critère minimal est trop large, et avancent que le terme de rêve lucide devrait requérir, en plus, un souvenir correct des circonstances de la vie de veille, et un degré de contrôle sur le rêve. Toutefois, il y a des raisons contraignantes pour préférer la définition simple et minimaliste. Par exemple, dans les études en laboratoire sur le rêve lucide, le souvenir du fait de dormir dans le laboratoire est pertinent et même essentiel pour la conduite des

tâches expérimentales (LaBerge, 1990), mais dans d'autres contextes, se souvenir où on dort peut être tout à fait inutile. De plus, bien que le contrôle sur le rêve soit corrélé avec la conscience de rêver, l'un ne nécessite pas l'autre (Kahan et LaBerge, 1994) ; un rêveur complètement lucide n'a pas besoin du tout d'exercer un contrôle sur le rêve. Il peut choisir par exemple d'observer lucidement les événements du rêve sans interférer (LaBerge, 1985). Le cadre de pensées est similaire, bien que non identique, avec la « contemplation » du rêve (voir plus loin, Alexander, 1987 ; Alexander, Boyer, et Orme-Johnson, 1985).

LaBerge (1985) a distingué deux perspectives distinctes dans la manière dont nous vivons nos rêves et nos autres états de conscience : acteur ou observateur. La perspective de l'acteur est la façon dont nous faisons habituellement l'expérience de nos rêves (et de notre vie de veille) – en tant que participant activement impliqué dans la scène du rêve (ou de la veille). Par contraste, lorsque nous prenons la perspective de l'observateur, nous sommes dans la réflexion, désengagés et, selon les termes de la théorie des systèmes, dans un rôle « méta » par rapport à la scène. Le rêve lucide implique un équilibre entre détachement et participation dans lequel les perspectives de l'acteur et celle de l'observateur sont simultanément présentes (LaBerge, 1985 ; Rossi, 1985). Dans le rêve non lucide typique, nous nous identifions avec la perspective de l'acteur. En « contemplant », lors du sommeil, avec ou sans rêve, nous nous identifions clairement avec l'observateur détaché (Alexander, 1987 ; Gackenbach, 1991*a*).

Il existe plusieurs autres types d'expériences anomales similaires au rêve lucide. La plus proche étant l'expérience de sortie hors du corps (EHC), qui dans certains cas, peut être quasiment identique sur le plan phénoménologique avec le rêve lucide. Toutefois, bien que les personnes ayant des EHC usent clairement de conscience réflexive pour se rendre compte que quelque chose d'étrange se produit, elles croient qu'elles ne sont pas en train de rêver, à l'inverse des rêveurs lucides (*cf.* dans cet ouvrage, chap. 6 ; Alvarado, 2000 ; Blackmore, 1988 ; Irwin, 1988 ; LaBerge et DeGracia, 2000). Néanmoins, LaBerge et ses collègues ont apporté des preuves psychophysiologiques en faveur de leurs similitudes (LaBerge, Levitan, Brylowski, et Dement, 1988 ; Levitan, LaBerge, DeGracia, et Zimbardo, 1999).

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

D'autres expériences anomales en lien avec le rêve lucide sont les Expériences de Mort Imminente (EMI ; *cf.* dans cet ouvrage, chap. 3 ; Greyson, 2000 ; LaBerge, 1985), certaines expériences d'enlèvement par les extraterrestres (Gackenbach, 1991a ; Appelle, Lynn et Newman, 2000), certaines expériences hallucinatoires (Bentall, 2000) et certaines expériences mystiques et méditatives (*cf.* Wulff, 2000 ; Gackenbach, 1991*b* ; LaBerge, 1985). Hunt (1995) a affirmé que cet ensemble d'expériences liées entre elles consistait à « tourner autour de soi » ou à se « désancrer » du moi.

Dans les conditions ordinaires, le rêve lucide est une expérience rare. Bien que la plupart des personnes disent avoir eu un rêve lucide au moins une fois dans leur vie, seulement 20 % de la population rapporte avoir des rêves lucides au moins une fois par mois (Snyder et Gackenbach, 1988).

Comme nous le décrivons plus loin, les rêves lucides se produisent en général tardivement dans le cycle du sommeil, presque exclusivement durant le sommeil paradoxal (en anglais, *Rapid Eye Movement Sleep). Cela implique un cerveau relativement activé, et l'on trouve quelques données suggérant que des hauts niveaux d'activité avant le sommeil* (Garfield, 1976) *ou d'excitation émotionnelle* (Sparrow, 1976) *sont associés avec la survenue de rêves lucides. La méditation* (Gackenbach, 1990 ; Hunt, 1989) *et la psychothérapie intensive* (Rossi, 1972) *peuvent aussi être associées avec un taux plus élevé de rêves lucides spontanés. Des interruptions dans le cycle du sommeil avec des périodes d'éveil de 30 à 60 minutes facilitent fortement la lucidité dans la phase suivante de sommeil (*LaBerge, Phillips et Levitan, 1994).

Les rêveurs deviennent généralement lucides lorsque, confrontés à des étrangetés, ils se les expliquent en concluant qu'ils sont en train de rêver. La lucidité spontanée est aussi fréquemment associée avec des rêves anxieux et la reconnaissance d'une qualité onirique de l'expérience (Gackenbach, 1988 ; Green, 1968). Les gens reconnaîtront plus facilement une expérience comme onirique s'ils sont familiers avec ce que sont les rêves (LaBerge, 1985) ; c'est une raison pour laquelle le rêve lucide est plus fréquemment rencontré chez des personnes se rappelant facilement de leurs rêves (Snyder et Gackenbach, 1988). Bien que le rêve lucide soit une expérience rare pour la majorité des gens, il y a une raison de croire que c'est une aptitude qui peut être entraînée (LaBerge, 1980*a*, *b*) et

il existe en fait une variété de techniques disponibles pour induire des rêves lucides qui ont été résumées et analysées par LaBerge (1985 ; LaBerge et Rheingold, 1990), Price and Cohen (1988) et Gackenbach (1985-1986).

Comme Freud le remarquait dans *L'Interprétation des rêves* (1900-1967), il est possible de se mettre dans une configuration mentale spécifique au moment de se coucher, comme d'avoir l'intention de se réveiller à une certaine heure, ou si le bébé pleure, ou de se souvenir de nos rêves. Le sommeil est donc compatible avec l'intention d'avoir des rêves lucides, et plusieurs méthodes efficaces pour induire des rêves lucides ont été développées en se basant sur cette approche. La pratique assidue de certaines de ces techniques a permis à des individus très motivés ayant un bon rappel onirique de devenir lucides à volonté (LaBerge, 1980*a*, *b*).

Une autre approche de l'induction de rêve lucide est liée au biofeedback. Dans cette approche, des stimuli sensoriels sont délicatement appliqués durant le sommeil paradoxal et, s'ils sont incorporés dans les rêves, peuvent indiquer aux rêveurs de se rappeler qu'ils sont en train de rêver (Hearne, 1978 ; LaBerge, 1980*a*). Divers stimuli mettant sur la piste de la lucidité ont été testés ; les résultats les plus prometteurs jusqu'à présent ont été obtenus avec des flashs lumineux (LaBerge et Levitan, 1995).

PHÉNOMÉNOLOGIE

Réaliser qu'on est en train de rêver peut parfois avoir un impact extrêmement puissant sur le rêveur, comme l'illustrait l'exemple ouvrant ce chapitre. Le rêve lucide qui suit est similaire.

> Je rêvais que j'étais debout sur le trottoir à l'extérieur de ma maison... J'étais sur le point d'entrer à l'intérieur quand, en jetant négligemment un coup d'œil sur les pierres [du trottoir], mon attention fut attirée sur un étrange phénomène en cours, si extraordinaire que je ne pouvais en croire mes yeux – ils avaient apparemment tous changé de place durant la nuit et formaient maintenant des droites parallèles au virage ! Puis la solution me vint subitement : quoique ce glorieux matin d'été semblât aussi réel que possible, je rêvais ! Après avoir réalisé ce fait, la qualité du rêve changea d'une façon très difficile à communiquer à quelqu'un n'ayant pas eu cette expérience.

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

> Immédiatement, la vivacité de la vie augmenta au centuple. Ni la mer, ni le ciel, ni les arbres n'avaient brillé avec une telle beauté, si fascinante ; même les banales maisonnées semblaient vivantes et mystiquement belles. Jamais je ne me suis senti si absolument bien, l'esprit aussi clair, si ineffablement libre ! Cette sensation était exquise au-delà de ce que peuvent en dire les mots ; mais cela dura seulement quelques minutes puis je me réveillai (Fox, 1962, p. 32-33).

Dans d'autres cas, le départ de lucidité prend un ton émotionnel plus calme, comme dans le cas du très logique Moers-Messmer (1938).

> Alors que je suis au sommet d'une colline plutôt de basse altitude et qui m'est peu familière, je contemple la large plaine à l'horizon. L'idée me traverse l'esprit que je ne sais pas du tout de quelle saison il s'agit. Je vérifie la position du soleil. Il apparaît presque tout droit au-dessus de moi avec sa luminosité habituelle. Cela me surprend, car il me semble bien que nous sommes en automne et que le soleil était beaucoup plus bas voici seulement quelque temps. J'y réfléchis davantage : le soleil est maintenant perpendiculaire à l'équateur, donc il doit apparaître ici avec un angle d'approximativement 45 degrés. Donc si mon ombre ne correspond pas à ma propre taille, je dois être en train de rêver. Je l'examinais : elle était d'environ 30 cm de long. Il me fallut un effort considérable pour prendre conscience que ce paysage d'une luminosité quasiment aveuglante et toutes ses particularités n'étaient qu'une illusion (p. 316).

Étant donné la grande variabilité de tous les types de rêve, une question se pose : en général, quelles différences y a-t-il entre un rêve lucide et un rêve non lucide ? Bien que des descriptions individuelles des différences de contenu entre rêve lucide et non lucide existent dans la littérature (par exemple, Moers-Messmer, 1938), il y a peu d'analyses individuelles systématiques (Gackenbach *et al.,* 1992 ; Gillespie, 1988 ; LaBerge, 1980*b*). Ce type d'analyse nous donne une description détaillée du contenu du rêve mais peut évidemment n'être pas du tout caractéristique du rêve lucide typique (de même, « le rêve lucide moyen » peut décrire une abstraction qui n'existe pas dans la réalité).

La plus importante recension des différences de contenu entre rêves lucides et non lucides est due à Gackenbach (1988), qui évalua le contenu de rêves lucides et non lucides mesuré à la fois lors

d'auto-évaluations, et par des juges indépendants. La majorité des données implique des rêves rassemblés soit dans des carnets de rêves, soit par des questionnaires remplis par les rêveurs, avec seulement quelques analyses de contenu de rêves lucides obtenus lors de nuits au laboratoire de sommeil. Gackenbach a conclu que, comparés aux rêves non lucides, les rêves lucides ont en moyenne plus de sensations auditives et kinesthésiques, ainsi que plus de sensations de contrôle.

Dans la même recension, Gackenbach (1988) présente son étude des différences de contenus jugées selon différentes échelles d'étrangeté et des échelles basées sur les descriptions faites dans les auto-évaluations des rêveurs (par exemple, les sensations palpables, l'équilibre et le contrôle), et aussi selon le système d'analyse de contenu de Hall et Van de Castle (1966). Les évaluations des juges ont révélé peu de différences entre les rêves lucides et non lucides. En accord avec les auto-évaluations, Gackenbach trouva des niveaux plus élevés de sensations oniriques auditives et kinesthésiques, de même qu'un meilleur contrôle du rêve, dans les rêves lucides par rapport aux rêves non lucides. À cela s'ajoute que les rêves lucides ont moins de personnages oniriques que les rêves non lucides. Gackenbach en concluait que la découverte majeure des deux types d'analyse était, en dépit des nombreuses différences statistiquement significatives dans le contenu, que les rêves lucides sont plus similaires que différents des rêves non lucides. Ce résultat ne devrait pas être surprenant considérant que les rêves lucides et non lucides sont tout deux des types de rêves.

Worsley (1988) a indiqué qu'aussi utiles que soient de telles analyses de contenu avec des groupes d'individus qui vivent spontanément leur lucidité, elles échouent pourtant à détecter les subtilités de l'expérience vécue par les rêveurs lucides les plus expérimentés et les plus explorateurs. Ce problème a été approché de nombreuses manières. LaBerge et ses collègues ont examiné le contenu des rêves lucides sur un échantillon de membres du Lucidity Institute à la fois motivés et assez expérimentés dans la lucidité en rêve pour proposer une vision plus complète des possibles différences de contenu entre rêves lucides et non lucides. Par exemple, Levitan et LaBerge (1993) ont analysé les échelles de contenus de six cent quatre-vingt-dix-neuf récits personnels fournis par cinquante-deux

© InterEditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

participants. Comparés aux rêves non lucides, les rêves lucides ont des niveaux de contrôle significativement plus élevés, plus d'émotions positives, et des niveaux plus élevés de netteté visuelle, de clarté de la pensée, d'activité physique et de changement de scène. Étant donné le rôle possible des biais de sélection dans la prospection des seuls membres du Lucidity Institute, il est important de répliquer cette étude avec d'autres échantillons afin d'évaluer si ces résultats peuvent être généralisés.

Du fait de leur apprentissage et de leur pratique, les rêveurs lucides expérimentés sont plus à même d'avoir des rêves lucides (et peut-être non lucides) qui diffèrent largement des rêves lucides typiques des débutants ; ils sont également plus à même d'utiliser des techniques spéciales pour l'induction du rêve lucide, de son contrôle et de sa stabilisation (LaBerge et Rheingold, 1990). Par exemple, pour prévenir un réveil prématuré, les rêveurs lucides peuvent faire tourner leurs corps oniriques jusqu'à ce que le rêve se restabilise (LaBerge, 1980 ; 1995).

Dans une autre étude utilisant des participants spécifiques, Gackenbach et ses collègues ont demandé à un groupe de méditants très expérimentés de raconter quelques exemples d'expériences de conscience durant le sommeil (présentées dans Alexander, 1987 ; Gackenbach, 1991*a*). En se basant sur le travail conceptuel d'Alexander et ses collègues (Alexander, Boyar et Alexander, 1987 ; Alexander *et al.,* 1985), Gackenbach et ses collègues ont décrit trois types de conscience durant le sommeil :

a) *le rêve lucide*, c'est-à-dire penser activement au fait que l'on dort pendant que l'on dort ;

b) *la contemplation en rêve*, consistant à vivre un état de conscience intérieure, calme et silencieux, séparé du rêve lui-même ;

c) *l'observation en sommeil profond*, décrit comme un sommeil sans rêve dans lequel on fait l'expérience d'un état de conscience intérieure, calme et silencieux.

En plus d'être capable de distinguer ces trois variétés de conscience dans des échantillons fournis par les participants, Gackenbach *et al.* ont aussi examiné le contenu des expériences de conscience dans le sommeil décrites par les méditants, et ont

trouvé les différences prévues dans les sensations de séparation et de contrôle du rêve.

RÉPERCUSSIONS

En général, les répercussions de la plupart des rêves, lucides ou pas, paraissent relativement subtiles. D'un autre côté, certains rêves ont indubitablement changé la vie de certaines personnes (De Becker, 1965), et la nature anomale des rêves lucides peut leur donner un impact potentiel important.

Il a été affirmé (Hunt, 1989 ; Kuiken et Sikora, 1993) que les rêves lucides et les autres formes de rêves intensifiés sont plus susceptibles d'affecter les sensations d'éveil, les jugements et les actions subséquents, par rapport aux rêves ordinaires. Dans la mesure où les rêves lucides sont vécus avec un intérêt, une excitation et un plaisir relatif, des améliorations de l'humeur sont à attendre au réveil (LaBerge, 1985), comme cela fut observé par Levitan et LaBerge (1993), et dans la plupart, sinon dans toutes les études recensées par Gackenbach (1988).

Il n'y a pas encore eu de recherche sur les effets à long terme du rêve lucide, mais les recherches d'Alexander et ses collèges (Alexander, Davies *et al.,* 1990 ; Alexander, Heaton et Chandler, 1994) suggèrent de potentiels effets bénéfiques de l'observation à long terme des rêves et du sommeil : dans leur travail, l'observation fréquente des rêves chez les méditants comme chez les non-méditants était associée avec des scores plus bas dans les indicateurs de la psychopathologie, du stress psychologique et du stress biochimique. Cognitivement, ces expériences indiquèrent une pensée créatrice très élevée, de l'absorption (*absorption*), de l'indépendance au champ (*field independance*) et un processus d'informations non propositionnels (*nonpropositional information processing*). Les expériences répétées de cette forme de conscience semblent avoir pour conséquence des changements psychophysiologiques positifs et durables, tels des niveaux de base plus bas dans les réponses spontanées de résistance cutanée, la fréquence respiratoire, la fréquence cardiaque et le lactate dans le plasma (plasma lactate). Des études prospectives et à long terme sur les effets salutaires (*salutary effects*) des rêves en

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

général, et des rêves lucides en particulier, sont une priorité pour la recherche afin d'établir le lien causal entre le rêve lucide et ses effets apparemment bénéfiques.

MARQUEURS BIOLOGIQUES

C'est grâce à la méthodologie psychophysiologique que le rêve lucide est accepté aujourd'hui comme un phénomène normal, bien que rare, du sommeil paradoxal. Les rêves ont été caractérisés comme fondamentalement uniques et non réflectifs (*nonreflective*) (Rechtschaffen, 1978) ; dans ce contexte, les récits de rêve lucide étaient regardés avec plus que de la méfiance. Le point de vue orthodoxe, aux environs des années quatre-vingt, pourrait être résumé ainsi : (*a*) les rêves lucides ne se produisent jamais et (*b*) même s'ils existent, ils ne peuvent pas se produire lors d'une vraie phase de sommeil.

Le concept de *sommeil conscient* peut sembler auto-contradictoire et paradoxal d'un certain point de vue, si bien que des théoriciens ont pu considérer les rêves lucides comme impossibles et même absurdes. L'exemple probablement le plus extrême de ce point de vue est fourni par Malcolm (1959), qui affirmait qu'étant donné qu'être endormi signifie ne rien vivre d'autre, les « rêves » ne sont pas vécus du tout durant le sommeil, mais seulement dans les récits que nous en faisons au réveil. Cette conception du sommeil mena Malcolm à la conclusion que l'idée que quelqu'un puisse raisonner alors qu'il dort est « dénuée de sens », et que, en d'autres termes, « si "je suis en train de rêver" pourrait exprimer un jugement, il impliquerait le jugement "Je suis en train de dormir", et par conséquent l'absurdité de la conclusion prouve l'absurdité de la prémisse ». Ainsi « le jugement supposé qu'on est en train de rêver » est « inintelligible » et « une forme absurde inhérente aux mots eux-mêmes » (Malcolm, 1959, p. 48-50).

Cet exemple vient souligner la perspective sceptique à travers laquelle les récits de rêve lucide étaient considérés avant que la preuve physiologique de la réalité de ce phénomène rende les arguments philosophiques controversés. La vision orthodoxe dans la recherche sur le sommeil et le rêve supposait (jusqu'à tout

récemment) que les récits anecdotiques de rêves lucides devaient être infondés d'une manière ou d'une autre.

Toutefois, anomales ou non, des gens ont continué à témoigner de vécus de rêve lucide, si bien qu'une question a germé : « Dans quelles conditions physiologiques présumées anormales ces récits de rêves "lucides" ont-ils lieu ? » En l'absence d'examen empirique de cette question, la spéculation avait largement favorisé deux réponses : soit l'éveil, soit le sommeil non paradoxal. La plupart des chercheurs étudiant le sommeil semblaient enclins à accepter l'impression d'Hartmann selon laquelle les rêves lucides n'étaient pas « des parties habituelles de la pensée onirique, mais plutôt de courts éveils » (Hartmann, 1975, p. 74 ; Berger, 1977). Schwartz et Lefebvre (1973) ont remarqué que des éveils fréquents et transitoires étaient communs durant le sommeil paradoxal et ont proposé les « micro-réveils » comme base physiologique pour les témoignages de rêve lucide. Bien que personne n'ait obtenu de preuves de ce mécanisme, cela semblait être l'opinion orthodoxe (voir par exemple, Foulkes, 1974) jusque récemment. Une vision similaire fut exprimée par Antrobus, Antrobus et Fischer (1965) qui prédirent que la reconnaissance par le rêveur du fait qu'il rêve devrait immédiatement mettre fin au rêve ou prolonger le sommeil non paradoxal. De même, Hall (1977) a développé une hypothèse selon laquelle les rêves lucides pouvaient représenter « une transition du niveau 1 du sommeil paradoxal jusqu'au niveau 4 de la mentalisation » (p. 312). Green (1968) semble avoir été le seul à penser que, puisque les rêves lucides émergent généralement à partir des rêves non lucides, « on pourrait s'attendre à trouver des rêves lucides se produisant, comme les autres rêves, durant la phase "paradoxale" du sommeil... » (p. 128).

Recherche sur les mouvements oculaires rapides (MOR)

Les preuves commencèrent à apparaître à la fin des années soixante-dix, et elles allèrent dans le sens de l'hypothèse de Green (1968) sur la survenue de rêves lucides durant le sommeil paradoxal. Une étude pionnière par Ogilvie, Hunt, Sawicki et McGowan (1978) enregistra le sommeil de deux sujets témoignant de rêves lucides au sortir de périodes de sommeil paradoxal. Cependant, aucune preuve

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

ne permit d'affirmer que les rêves lucides eurent effectivement lieu durant la période de sommeil paradoxal précédant immédiatement les réveils et les récits. Pour établir de façon non ambiguë le statut physiologique des rêves lucides, il devint nécessaire d'avoir un moyen de marquer le moment exact durant lequel le rêve lucide avait lieu.

La méthode requise fut fournie par une nouvelle technique impliquant des signaux donnés par des mouvements des yeux, et développée indépendamment à l'Université de Stanford et à l'Université de Hull. La technique était basée sur une étude antérieure (Roffwarg, Dement, Muzio, et Fischer, 1962) ayant montré que les directions des mouvements des yeux enregistrés durant le sommeil paradoxal correspondaient parfois exactement aux directions dans lesquelles les sujets disaient avoir regardé durant leurs rêves. LaBerge (1980*a*) pensa que si les rêveurs lucides pouvaient agir volontairement, ils pourraient être capables de le prouver en communicant à travers un signal convenu à l'avance, au moyen du mouvement des yeux, au moment exact où ils deviennent lucides (voir fig. 7.1). En utilisant cette approche, LaBerge et ses collègues à Stanford observèrent que les rêves lucides rapportés par les cinq participants à l'expérience furent validés par des signaux donnés par les mouvements des yeux (LaBerge, 1980a ; LaBerge, Nagel, Dement et Zarcone, 1981). Tous les signaux, et par conséquent les rêves lucides, se produisirent durant un sommeil paradoxal ininterrompu. LaBerge (1985) nota que l'une des personnes dans le comité de lecture de la revue dans laquelle devait être publiée cette étude avait recommandé de rejeter l'article parce qu'il trouvait invraisemblablement « difficile d'imaginer des sujets rêvant leurs rêves et les signalant simultanément à d'autres ».

Une technique quasi identique de signalement par le mouvement des yeux fut développée indépendamment par Hearne et Worsley en Angleterre, qui trouvèrent également des rêves lucides durant le sommeil paradoxal (Hearne, 1978). Les études dans plusieurs autres laboratoires du sommeil ont obtenu essentiellement les mêmes résultats (Dane, 1984 ; Fenwick, Schatzman, Worsley, Adams, Stone et Baker, 1984 ; Ogilvie, Hunt, Kushniruk et Newman, 1983), démontrant clairement que, bien que probablement paradoxal, le rêve lucide est un authentique phénomène du sommeil.

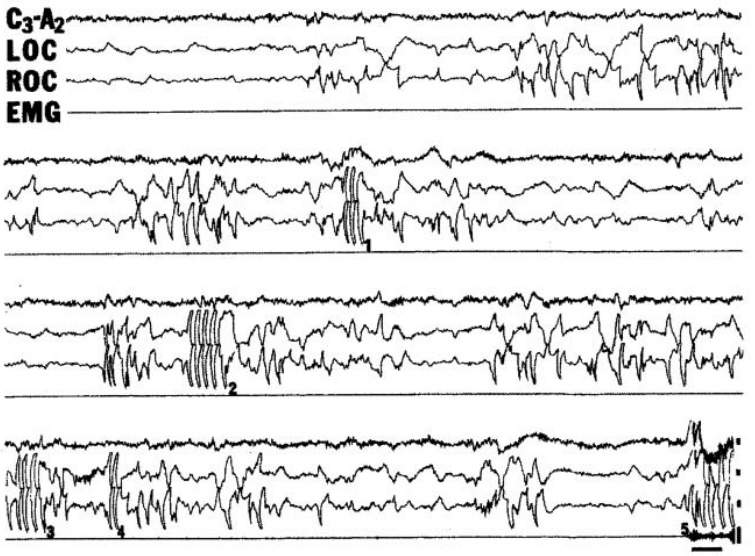

Figure 7.1. Exemple typique d'un rêve lucide initié dans le rêve. Quatre canaux de données physiologiques sont visibles (EEG central [C_3-A_2], les mouvements oculaires à gauche (L) et à droite (R) [LOC et ROC], et la tension musculaire au menton [EMG]) pour les 8 dernières minutes d'une période de 30 minutes de sommeil paradoxal. Lors de l'éveil de sa lucidité, le participant rapporta avoir fait cinq signaux de mouvements oculaires (indiqués de 1 à 5 dans la figure). Le premier signal (1, LRLR) marque le début de la lucidité. Les artefacts potentiels au niveau de la peau peuvent être observés dans l'EEG du même moment. Durant les 90 secondes qui vont suivre, le participant explora son monde onirique jusqu'à ce qu'il croit avoir été éveillé, et à ce moment il fit le signal pour l'éveil (2, LRLRLRLR). Après une nouvelle période de 90 secondes, le participant réalisa qu'il était toujours en train de dormir et le signal (3) avec trois paires de mouvements oculaires. Réalisant que ce fut une de trop, il signala de façon correcte avec seulement deux paires (4). Finalement, lors de son éveil 100 secondes plus tard, il le signala de façon appropriée (5, LRLRLRLR). (Les calibrations sont de 50 μV et 5 s). Repris de « Lucid Dreaming : Psychophysiological Studies of Consciousness During REM Sleep » (p. 114), par S. LaBerge, 1990, in R.R. Bootzen, J.F. Kihlstrom, D.L. Schacter, *Sleep and Cognition*, Washington, DC, American Psychological Association. Copyright 1990 par l'American Psychological Association. Réimprimé avec permission.

Les études citées ci-dessus ont montré que les rêves lucides se produisent généralement dans le sommeil paradoxal. Cependant, le sommeil paradoxal est un état hétérogène présentant une grande variabilité physiologique. Deux phases distinctes sont ordinairement distinguées : les périodes de mobilité des yeux et d'activation élevée (MOR phasique) ; et des périodes avec peu de mouvements des yeux et relativement peu d'activation (MOR tonique). Plusieurs études ont montré que les rêves lucides sont associés avec le MOR phasique. LaBerge, Levitan et Dement (1986) ont analysé des données physiologiques provenant de soixante-seize rêves lucides vérifiés par des signaux (RLVSs) de treize participants. La comparaison physiologique de l'activité des mouvements des yeux, de la fréquence cardiaque, de la fréquence respiratoire et de l'activité potentielle de la peau, pour les épisodes lucides comparés aux périodes non lucides, a révélé que les épisodes lucides vérifiés par des signaux lors des périodes de sommeil paradoxal montraient des niveaux significativement plus élevés d'activation physiologique que lors du sommeil paradoxal non lucide durant les mêmes périodes de sommeil paradoxal. La même étude a montré que les périodes de sommeil lucide dans lesquelles des rêves lucides se produisent étaient plus actives que celles dans lesquelles ils ne se produisaient pas. En outre, l'amplitude de réflexe H (*H-reflex amplitude*) était plus petite durant le sommeil paradoxal lucide (Brylowski, Levitan et LaBerge, 1989), ce qui confirmait que le sommeil paradoxal lucide est paradoxalement un état plus profond de sommeil paradoxal, avec une augmentation de l'activation phasique et une suppression des réflexes spinaux.

Étant donné les découvertes importantes de l'activation autonomique (*autonomic activation*) associée avec le rêve lucide, on se serait attendu à ce que plusieurs mesures électro-encéphalographiques de l'activation du système nerveux central montrent également une activation au même moment. Les quelques études qui ont comparé les EEG lors de rêves lucides et non lucides se sont focalisées sur l'activité alpha d'un ou de deux sites (par exemple, Ogilvie, Hunt, Kushniruk, et Newman, 1983 ; Ogilvie, Hunt, Tyson, Lucescu et Jeakins, 1982) et ont conduit à des conclusions contradictoires (voir LaBerge, 1988, pour une revue). Une étude préliminaire de cartographie cérébrale par EEG (Brylowski, LaBerge et Levitan,

1989) a trouvé que le départ de lucidité est marqué par une activation visible à l'EEG du lobe temporo-pariétal gauche.

Les rêves lucides font plus communément l'objet de témoignages les assignant à la fin du cycle du sommeil (Green, 1968 ; van Eeden, 1913). Et effectivement, LaBerge *et al.* (1986) ont trouvé que onze des douze participants avaient plus de rêves lucides dans la seconde partie de leur période de sommeil paradoxal que dans leur première.

Comme nous l'avons abordé précédemment, les rêves lucides sont rapportés débuter souvent à partir d'un rêve en cours, ou directement après un court réveil. En accord avec ce principe, LaBerge *et al.* (1986) ont classifié de façon dichotomique les RLVSs en « initié par le réveil » (*Wake-initiated*, WILD) ou « initié par le rêve » (*Dream-initiated*, DILD), selon que le compte rendu mentionne un réveil passager durant lequel le sujet perçoit consciemment son environnement externe, avant de ré-entrer dans l'état de rêve. Cinquante-cinq (72 %) des RLVSs furent classifiés en tant que DILDs et les vingt et un autres (28 %) en tant que WILDs. Pour les treize participants, les DILDs étaient plus communs que les WILDs. Ainsi qu'on s'y attendait, à l'inverse des DILDs, les WILDs étaient presque toujours immédiatement précédés d'indications physiologiques de réveil, établissant la validité de cette classification des rêves lucides (voir les figures 7.1 et 7.2 pour des illustrations de ces deux types de rêve lucide**)**.

Les relations psychophysiologiques durant les rêves lucides

Grâce au rêve lucide, il est maintenant possible de répondre empiriquement à des questions qui ne pouvaient auparavant qu'être posées sur le plan théorique. Par exemple, combien de temps durent les rêves ? LaBerge (1980*a*, 1985) proposa à des rêveurs lucides une tâche consistant à estimer un intervalle de temps de 10 secondes durant le rêve. Les rêveurs ont marqué le début et la fin de l'intervalle de temps estimé en rêve avec des signaux utilisant les mouvements des yeux, permettant une comparaison entre le « temps onirique » subjectif et le temps objectif. Dans chaque cas, les intervalles de temps estimés durant les rêves lucides étaient très proches du temps réellement écoulé.

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

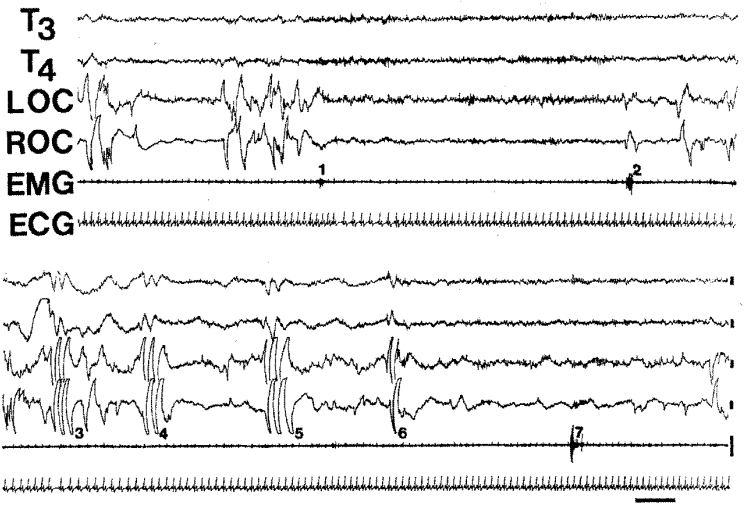

Figure 7.2. Exemple typique de rêve lucide initié lors d'un réveil transitoire durant le sommeil paradoxal.

Six canaux de données physiologiques sont visibles (EEG temporaux gauche et droit [T_3 et T_4], les mouvements oculaires gauche et droit [LOC et ROC], la tension musculaire au menton [EMG], et l'électrocardiogramme [ECG]) pour les 3 dernières minutes d'une période de sommeil paradoxal de 14 minutes. Le participant s'est réveillé en 1 et après 40 secondes il est revenu dans un sommeil paradoxal en 2, et réalisa qu'il était en train de rêver 15 secondes plus tard, le signalant en 3. Ensuite, il tenta de réaliser la tâche expérimentale sur laquelle l'équipe s'était mise d'accord, celle de chanter dans son rêve lucide entre les signaux 3 et 4, et de compter entre les signaux 4 et 5. Cela permit une comparaison de l'activation des hémisphères gauche et droit durant les deux tâches (LaBerge & Dement, 1982a). Remarquez les patterns d'accélération-décélération du rythme cardiaque durant le réveil (1) et le début de la lucidité (3), ainsi que les artefacts potentiels au niveau de la peau (particulièrement T_4) au démarrage de la lucidité (3). (Les calibrations sont de 50 μV et 5 s). Repris de « Lucid Dreaming : Psychophysiological Studies of Consciousness During REM Sleep » (p. 116), par S. LaBerge, 1990, in R.R. Bootzen, J.F. Kihlstrom, D.L. Schacter, *Sleep and Cognition*. Washington, DC, American Psychological Association. Copyright 1990 par l'American Psychological Association. Réimprimé avec permission.

Les données obtenues par LaBerge, Nagel, Dement et Zarcone (1981) et LaBerge, Nagel, Taylor *et al.* (1981) indiquent qu'il y a une relation directe et fiable entre les orientations du regard vécues dans les rêves lucides et la direction des mouvements des yeux enregistrés polygraphiquement. Les résultats lors des rêves lucides (voir aussi Dane, 1984 ; Fenwick *et al.,* 1984 ; Hearne, 1978 ; Ogilvie *et al.,* 1982) sont plus forts que les faibles corrélations généralement obtenues par les précédents chercheurs. Dans les études précédentes, afin de tester l'hypothèse que les yeux du rêveur bougeaient durant la phase d'hallucination onirique (par exemple, Roffwarg, Dement, Muzio, et Fisher, 1962), les chercheurs devaient s'appuyer de façon très hasardeuse sur un schéma de mouvement des yeux très reconnaissable qu'ils devaient alors faire correspondre avec l'activité onirique dont les participants feraient le récit.

Dans une autre étude, LaBerge et Dement (1982*b*) ont démontré que les participants pouvaient volontairement contrôler leur fréquence respiratoire durant le rêve lucide. Une preuve du contrôle volontaire d'autres groupes de muscles durant le sommeil paradoxal fut également découverte (Fenwick *et al.,* 1984 ; La Berge *et al.,* 1981).

Suivant les travaux sur la latéralisation de l'activité cérébrale en fonction de tâches cognitives à l'état d'éveil, LaBerge et Dement (1982*b*) ont enregistré l'EEG des sites temporaux droit et gauche pendant que les participants chantaient et comptaient dans leurs rêves lucides. Les résultats ont montré la même latéralisation dépendante de la tâche dans le sommeil paradoxal que dans l'état d'éveil : l'hémisphère droit était plus activé que le gauche durant le chant ; durant le comptage, c'est le contraire qui était vrai.

Un thème courant chez certains rêveurs lucides est l'activité sexuelle (Garfield, 1979 ; LaBerge, 1985), bien que les analyses de contenu des rêves lucides d'étudiants ne semblassent pas soutenir cette idée (Gackenbach, 1988). Dans une étude de laboratoire, LaBerge, Greenleaf et Kedzierski (1983) ont enregistré deux rêveurs lucides qui disaient vivre un éveil sexuel et un orgasme durant des rêves lucides. Les schémas d'activité physiologique durant les rêves sexuels ressemblaient beaucoup à ceux qui accompagnent les vécus correspondants dans l'état d'éveil.

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Les études psychophysiologiques résumées ci-dessus soutiennent toutes l'idée suivante : durant le sommeil paradoxal, les événements que nous vivons en rêve proviennent de schémas d'activité cérébrale qui produisent à leur tour des effets sur nos systèmes nerveux périphériques et notre corps. Ces effets sont modifiés dans une certaine mesure par les conditions mêmes du sommeil paradoxal, mais restent tout à fait similaires aux effets qui se produiraient si nous vivions véritablement les événements correspondants à l'état de veille. Cela pourrait en partie expliquer pourquoi nous sommes si enclins à prendre nos rêves pour la réalité : pour les systèmes fonctionnels d'activité neuronale qui construisent notre (modèle de) monde expérientiel, rêver de percevoir, ou rêver de faire quelque chose est équivalent à percevoir ou à faire ce quelque chose en réalité.

PSYCHOPATHOLOGIE

Il n'y a pas d'indication, ni dans la littérature sur les différences individuelles, ni dans la littérature clinique, d'une quelconque relation entre la psychopathologie et la capacité à rêver lucidement. En fait, lorsque les corrélations entre les différences individuelles étaient significatives, elles tendaient à favoriser une association entre lucidité et bonne santé mentale (Snyder et Gackenbach, 1988). Par exemple, Gruber *et al.* (1995) concluent « que les individus ayant des rêves lucides fréquents, caractérisés par ce degré de contrôle inhabituel sur leur état de rêve dont ils ont souvent témoigné, ont aussi une meilleure capacité à gérer ou à contrôler divers aspects de leurs fonctionnements cognitifs, émotionnels et sociaux à l'état de veille » (p. 7). Il est certain que, dans la mesure où le rêve lucide est une première manifestation de l'observation de son propre sommeil, il existe de nombreuses recherches pouvant montrer ses bénéfices psychologiques. La recherche sur le rêve lucide s'est jusqu'à présent concentrée sur la personnalité, sans utiliser beaucoup d'échelles mesurant la psychopathologie. Dans une sous-échelle du Questionnaire des facteurs de personnalité qui mesure le névrosisme (*neuroticism*), aucune différence ne fut trouvée entre les groupes d'individus lucides et non lucides (*cf.* Snyder et Gackenbach, 1988).

Pour l'instant, il y a peu de raisons de croire que la lucidité onirique est plus susceptible de causer des pathologies mentales que le rêve non lucide.

ASPECTS CLINIQUES

Nous croyons que le rêve lucide a un potentiel considérable en tant qu'outil thérapeutique. Voici plus d'un siècle, Hervey de Saint-Denys utilisait la lucidité pour se guérir lui-même d'un terrifiant cauchemar récurrent.

> « Une nuit [...], à son quatrième retour, et au moment où mes persécuteurs allaient recommencer leur poursuite, le sentiment de la vérité se réveilla tout à coup dans mon esprit ; le désir de combattre ces illusions me donna la force de dompter ma terreur instinctive. Au lieu de fuir, [...] je pris la résolution de contempler avec une attention soutenue les fantômes que jusqu'alors j'avais plutôt entrevus que regardés. [...] Je fixai mes yeux sur le principal assaillant, qui ressemblait assez à l'un de ces démons hérissés et grimaçants sculptés aux porches des cathédrales, et l'amour de l'étude l'emportant déjà sur toute autre émotion, je pus observer ce qui suit : le monstre fantastique s'était arrêté à quelques pas de moi, sifflant et gambadant, d'une façon qui tournait au burlesque dès qu'elle n'était plus effrayante. Je remarquai les griffes de l'une de ses mains ou pattes, comme on voudra les appeler, au nombre de sept et très nettement dessinées. Les poils de ses sourcils, une blessure qu'il semblait avoir à l'épaule, et une infinité d'autres détails offraient une précision qui permettait de ranger cette vision parmi les plus lucides. [...] L'attention que j'avais concentrée sur cette figure avait eu pour résultat de faire s'évanouir comme par enchantement ses acolytes. Elle-même parut bientôt ralentir ses mouvements, perdre sa netteté, prendre un aspect cotonneux, et se changer enfin en une sorte de dépouille flottante, [...] et puis je me réveillai. » [Ce rêve ne se renouvela plus par la suite.] (Hervey de Saint-Denys, 1867, p. 58-59).

Tholey (1988) a également observé que lorsque le rêveur fait front courageusement et ouvertement à des personnages de rêve, leur apparence devient souvent moins menaçante. La grande majorité des gens disent effectivement que devenir lucide lors d'un cauchemar les fait se sentir mieux après-coup, plus souvent que lorsque ce n'est pas le cas. Dans une enquête auprès de six cent quatre-vingt-dix-huit

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

étudiants, Levitan et LaBerge (1990) ont trouvé que 81 % des cinq cent cinq participants qui disaient avoir eu à la fois des rêves lucides et des cauchemars affirmaient que devenir lucide lors d'un cauchemar en améliorait généralement l'issue. Il y avait environ sept fois plus de chances qu'un cauchemar avec lucidité se finisse bien.

En se basant sur son travail sur le rêve lucide pour l'intégration personnelle, Tholey (1988) lista quatre avantages des rêves lucides comparativement aux rêves non lucides :

1. grâce à la lucidité, l'ego onirique est moins effrayé des personnages oniriques menaçants ou des situations menaçantes. Pour cette raison, il y a moins de résistance à la confrontation avec ces personnages ou ces situations ;
2. en utilisant des techniques appropriées pour manipuler le rêve lucide, l'ego onirique peut se mettre en contact avec des lieux, des époques, des situations ou des personnes qui sont importants pour le rêveur ;
3. l'ego onirique est capable, notamment lors de dialogues avec d'autres personnages oniriques, de reconnaître les dynamiques de personnalité présentes et leur étiologie (fonction diagnostique) ;
4. à travers une activité appropriée de l'ego onirique, un changement de la structure de personnalité est possible (fonction thérapeutique ou créative) (p. 267).

Dane (1984) a décrit un tel travail en rêve lucide comme une psychothérapie « intrapersonnelle », dans laquelle nos propres consciences de veille et de rêve sont utilisées thérapeutiquement, et Sattler (1991) a affirmé que cette approche est, par certains points, préférable à une psychothérapie interpersonnelle traditionnelle.

Tholey (1988) a étudié l'effet de diverses attitudes contre les personnages oniriques hostiles, concluant qu'une approche conciliante, impliquant l'engagement dans des dialogues avec ces personnages, est plus susceptible de se finir par un résultat positif. Il découvrit que, lorsque les rêveurs essayaient de se réconcilier avec les personnages hostiles, ces personnages se transformaient souvent en des créatures plus appréciables, par exemple de bêtes mythologiques en humains, et que ces transformations permettaient fréquemment aux rêveurs de comprendre immédiatement le sens de leurs rêves. En

outre, le comportement conciliant envers les figures menaçantes les conduisait généralement à devenir plus amicales dans leur apparence et leurs actions. Par exemple, Tholey fit lui-même ce rêve :

> « Je devins lucide, tandis que j'étais poursuivi par un tigre et que je voulais fuir. Je me suis soudain retourné, me fixant sur mes appuis, et demandant : « Qui es-tu ? » Le tigre fut décontenancé puis se transforma en mon père, répondant : « Je suis ton père et je veux maintenant te dire ce que tu dois faire ! » À l'inverse de mes rêves précédents, je n'avais pas essayé de le battre mais seulement d'entamer un dialogue avec lui. Je lui ai dit qu'il ne pouvait pas me commander comme il le voulait. Je rejetais ses menaces et ses insultes. D'un autre côté, je devais admettre que certaines des critiques de mon père étaient justifiées, et je décidais de modifier mon comportement en fonction d'elles. À ce moment, mon père devint amical, et nous nous sommes serré la main. Je lui demandais s'il pouvait m'aider, et il m'encouragea à suivre ma propre voie tout seul. Mon père sembla alors se glisser dans mon propre corps, et je restais seul dans le rêve » (Tholey, 1988, p. 265).

Plusieurs articles d'orientation clinique sont apparus depuis l'analyse de Tholey. Hall et Brylowski (1991) ont comparé le rêve lucide à la conception de Jung d'imagination active. Ils ont indiqué que, dans le rêve lucide, une expression symbolique se produit d'abord, puis, quand l'ego onirique prend une attitude respectueuse à l'égard du symbole, une transformation peut se produire. Ils expliquent :

> « Tant le rêve lucide que l'imagination active peuvent être utilisés pour contourner des résistances personnelles ou les défenses de la rationalisation. De même qu'une technique en psychothérapie, le rêve lucide peut être particulièrement utile avec les patients borderline ou obsessifs-compulsifs » (p. 35).

Cette observation intéressante pourrait être évaluée grâce à une recherche clinique contrôlée avec ces types de patients.

D'autres discussions thérapeutiques incluent l'intégration du rêve lucide et de l'hypnothérapie (Klippstein, 1986), et une redéfinition de la théorie psychanalytique de la topique de la conscience (*topographic theory on consciousness*) (Wolman, 1989). La plupart des thérapeutes se sont focalisés sur l'utilisation de la lucidité onirique comme outil dans une gestion des cauchemars, leur compréhension et leur intégration (Abramovitch, 1995 ; Brylowski, 1990 ; Evers et

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Van de Wetering, 1993 ; Galvin, 1993 ; Holtzinger, 1995). Tholey (1988) a également étudié l'utilisation du rêve lucide comme un moyen de résoudre des conflits non résolus (*unfinished business*) comme dans le cas de la mort d'un proche aimé (voir LaBerge et Rheingold, 1990, pour plusieurs exemples).

Bien qu'il n'ait pas d'indication d'un lien entre rêve lucide et psychopathologie, cela ne veut pas dire qu'il n'existe pas de risques pour des individus instables se mettant à la lucidité onirique, comme il y a des risques pour les individus instables d'entreprendre n'importe quelle activité, incluant le rêve non lucide et la vie sociale ordinaire. Dans la mesure où le rêve lucide est considéré comme une forme de méditation (Hunt, 1995), les considérations cliniques à propos de la pratique de la méditation peuvent être pertinentes pour la pratique du rêve lucide.

Il semble prudent d'utiliser le rêve lucide pour travailler sur des problèmes personnels avant de rechercher une « transcendance » spirituelle, un conseil sur lequel a insisté à maintes reprises LaBerge (1985 ; LaBerge et Rheingold, 1990). Trop nombreux sont les rêveurs lucides, depuis van Eeden (voir LaBerge, 1985, p. 175) qui ont prématurément cherché à transcender leur Soi avant d'accepter leur « ombre » (c'est-à-dire les aspects destructifs ou indésirables de leur personnalité) et ont vécu des cauchemars démoniaques (voir aussi Gackenbach, *et al.,* 1992, 1995 ; Kelzer, 1987). La solution que nous proposons est d'aspirer à l'intégration avant de viser la transcendance de Soi (LaBerge, 1985 ; LaBerge et Rheingold, 1990). Les études qui examinent la nature et la séquence (c'est-à-dire, intégration avant transcendance) du rêve lucide pourraient aider à établir ou à infirmer les observations cliniques et les idées concernant le rôle du rêve lucide dans la psychothérapie et le développement personnel.

THÉORIES

Les cadres psychologiques et psychophysiologiques majeurs qui ont émergé pour expliquer la lucidité en rêve sont brièvement décrits dans cette section. Une recension plus détaillée de ces perspectives

théoriques est consultable dans Gackenbach (1991) et dans deux livres de Hunt (1989, 1995).

Des *approches psychologiques* ont été envisagées par LaBerge (1985 ; LaBerge et Rheingold, 1990), Blackmore (1988, 1989) et Tart (1986, 1990), tous concevant le rêve lucide en termes de processus d'information. LaBerge voit la lucidité durant le sommeil d'abord comme une aptitude cognitive, tandis que Blackmore et Tart mettent plus l'accent sur un modèle de conscience de soi. Le travail théorique de Tholey (1988, 1989), de l'école allemande de psychologie gestaltiste, est conceptuellement similaire à une vision par les processus d'information. En lien avec ces approches, on trouve encore le travail conceptuel de Kahan et LaBerge (1994), qui traite la lucidité onirique comme une forme de métacognition.

L'importance du Soi dans la conceptualisation du rêve lucide est centrale dans le travail de Moffitt et ses collègues (par exemple, Purcell, Moffitt, et Hoffmann, 1993). Hunt (1989) conceptualise la lucidité durant le sommeil comme une forme de rêve intensifié avec une dimension auto-réflexive. La perspective de Gackenbach (1991) est développementale, commençant là où Moffitt *et al.* s'arrêtent (c'est-à-dire, le rêve lucide) et affirmant que la lucidité est surtout un pont pour afficher une opération formelle fonctionnant durant le sommeil avec rêves. LaBerge (1985) a toutefois affirmé son désaccord avec l'idée de Gackenbach selon laquelle l'observation de son rêve est nécessairement un état plus adaptatif de la conscience que le rêve pleinement lucide. Dans sa vision, l'idéal n'est pas de se détacher complètement du rêve, mais d'être « *dans* le rêve, mais pas *du* rêve » (p. 107).

Les *perspectives psychophysiologiques* sur le rêve lucide, dont le travail de LaBerge (1980*a*, 1990), montrent que la lucidité nécessite un cerveau relativement très activé durant le sommeil paradoxal. Deux modèles psychophysiologiques ont été proposés mettant en lien EEG et lucidité, en se basant sur l'hypothèse d'une association de la lucidité à la méditation. Hunt et Ogilvie (1988) et (Ogilvie *et al.*, 1982) ont examiné la relation de la lucidité à la puissance des ondes alpha, tandis que Gackenbach (1992) mit l'accent sur la cohérence de l'EEG. Travis (1994) utilisa les deux indices dans son modèle du « point de jonction ». Snyder et Gackenbach (1988, 1991) plaçaient la lucidité dans le cadre d'aptitudes spatiales, les impliquant en

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

particulier dans le fonctionnement du système vestibulaire. Globus (1993) a considéré le phénomène en termes de théorie du chaos et de réseaux neuronaux.

LaBerge et DeGracia (2000) ont identifié trois facteurs distincts impliqués dans les rêves lucides, les EHCs, et d'autres états associés :

- une *référence-à-l'état*, c'est-à-dire la reconnaissance métacognitive que son propre état actuel de conscience est différent de l'état habituel durant la veille ;
- un *cadre sémantique*, c'est-à-dire le système de croyance utilisé par l'individu pour conceptualiser la nature de l'expérience ;
- des *finalités contextuelles*, c'est-à-dire des actions utilisées pour induire de telles expériences, ou des actions exercées au sein de telles expériences. Dans ces termes, les EHCs et les rêves lucides partagent une référence commune à l'état, mais diffèrent dans les cadres sémantiques et les finalités contextuelles.

La *psychologie transpersonnelle* a également incorporé la lucidité onirique dans sa perspective théorique (Walsh et Vaughan, 1993), rappelant la connexion historique de la lucidité avec de nombreuses perspectives religieuses, en particulier avec la littérature sur le bouddhisme tibétain (Norbu et Katz, 1992 ; Gyatrul, 1993). La majorité du travail empirique reliant la conscience durant le sommeil à la perspective transpersonnelle a été réalisé par Alexander et ses collègues (1987). Une récente étude de ces chercheurs a démontré que chez les méditants qui disent observer leur sommeil la moitié de la nuit ou plus, l'EEG associé avec un état d'éveil relaxé semblait chevaucher l'EEG du sommeil profond du fait de plusieurs caractéristiques semblables (Mason, 1995 ; Mason, Alexander, Travis, Gackenbach, Orme-Johnson, 1995).

Plusieurs des approches décrites ci-dessus ont été intégrées par Hunt (1995) qui place la lucidité onirique au sein d'une gamme d'expériences de conscience. Selon Hunt, le rêve lucide, ainsi que quelques autres expériences clefs, font le pont entre certaines vues cognitives contemporaines et la perspective transpersonnelle.

> « Les points communs transculturels dans les dessins géométriques hallucinatoires (les images de mandala de Jung), les synesthésies, les états imaginaux de hors corps et le rêve lucide, et les expériences de « lumière blanche » des

chamans et des méditants semblent indiquer que de tels états non verbaux ont une structure sous-jacente commune » (p. 28).

Une idée clef dans la thèse de Hunt (1995) est la notion de synesthésies trans-modalités en tant que pré-symbolique dans le développement de la cognition, et par conséquent au cœur des expériences de type « lumière blanche » caractéristiques de certaines expériences mystiques, et, parfois, de la lucidité dans le sommeil. Hunt affirma que de telles expériences ne sont ni des régressions à un narcissisme infantile ni réductible à des mécanismes cognitifs primitifs.

CONCLUSION

Un parallèle a pu être fait (LaBerge, 1990) entre l'apparition initialement anomale du rêve lucide et l'état de ce qui a été nommé le *sommeil paradoxal* (ou sommeil avec MOR). La découverte du sommeil paradoxal, avec ses nombreuses caractéristiques anomales (dont une forte activité cérébrale, une variabilité dans le système nerveux autonome, une atonie musculaire, etc.), a nécessité l'extension de notre conception du sommeil. Les preuves reliant le rêve lucide au sommeil paradoxal, recensées plus haut, pourraient nécessiter une extension similaire de notre conception du rêve, et une clarification de notre conception du sommeil : le rêve lucide pourrait bien correspondre à la part la plus anomale du sommeil paradoxal.

Fenwick *et al.* (1984) ont montré qu'un participant était capable de percevoir et de répondre aux stimuli environnementaux (chocs électriques) sans se réveiller de son rêve lucide. Ce résultat pose un problème théorique : si nous acceptons que la perception de notre monde extérieur soit un critère essentiel de notre état de veille (LaBerge *et al.,* 1981*a*), alors nous sommes forcés de conclure que le participant devait être au moins partiellement éveillé. D'un autre côté, quand des stimuli environnementaux sont incorporés dans les rêves sans produire aucune indication subjective ou physiologique d'éveil, il paraît raisonnable de parler d'une perception ayant eu lieu durant le sommeil.

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

En outre, il serait possible, comme LaBerge (1980a) l'a suggéré, qu'un sens reste fonctionnel et éveillé tandis que d'autres restent endormis. D'une façon similaire, Antrobus, Antrobus et Fisher (1965) ont affirmé que la simple question « Endormi ou éveillé ? » pourrait ne pas recevoir de réponse simple :

> « Non seulement endormissement et éveil se fondent graduellement l'un dans l'autre, mais il y a seulement un accord limité entre les diverses opérations physiologiques et subjectives qui discriminent entre endormissement et éveil. À un moment donné, tous les systèmes de l'organisme ne sont pas nécessairement également endormis ou éveillés » (p. 398-399).

LaBerge (1990) résuma la situation ainsi :

> « Aussi longtemps que nous continuons à considérer l'éveil et le sommeil dans une simple dichotomie, nous serons allongés dans le lit de Procuste dont on est parfois forcé de constater qu'il est inconfortable. Il doit y avoir des degrés d'éveil comme il y a des degrés d'endormissement (c'est-à-dire les étapes conventionnelles du sommeil). Avant de trouver notre chemin dans ce désordre, nous aurons probablement à porter attention à une plus large variété d'états de conscience qu'aux quelques-uns aujourd'hui distingués (« rêver », « dormir », « être éveillé », et ainsi de suite) » (p. 121-122).

Dans le contexte du présent chapitre, cette liste devrait clairement inclure d'autres anomalies du sommeil comme le rêve lucide, l'observation en rêve, le sommeil contemplatif et les expériences de sortie hors du corps.

Le rêve lucide est une expérience idéalement située pour porter la lumière sur tout un ensemble d'états de conscience, ordinaires comme *anormaux*. Plus de travail doit être fait dans divers domaines, notamment le développement de techniques pour induire et optimiser l'utilisation des rêves lucides, améliorer la compréhension de la phénoménologie et de la neurophysiologie de cette expérience, et élucider les différences individuelles associées avec l'émergence spontanée et le talent pour développer la lucidité.

Une zone relativement négligée et pourtant de grand intérêt est la relation entre le corpus recensé dans ce chapitre et toutes les expériences des Bouddhistes tibétains avec le yoga du rêve lucide (Norbu et Katz, 1992 ; Gyatrul, 1993). Comme nous l'avons vu au-dessus, les scientifiques occidentaux étudient le rêve lucide depuis un peu plus de vingt ans. Cela contraste avec les Bouddhistes

tibétains qui pratiquent une forme de rêve lucide, connue sous le nom de « yoga de l'état de rêve », depuis plus d'un millier d'années. Par conséquent, la science occidentale peut clairement tirer bénéfice d'une étude du yoga du rêve.

Le point de vue du bouddhiste tibétain renverse l'ordre de valeur des états de veille et de rêve : tandis que les Occidentaux considèrent l'état de veille comme la seule réalité et les rêves comme irréels et superflus, les bouddhistes croient que l'état de rêve est potentiellement plus propice à un progrès spirituel et une meilleure compréhension, que l'état dit de veille ; et les deux états peuvent être également réels ou irréels. De plus, selon la tradition tibétaine, la pratique du yoga fournit une préparation essentielle pour l'état d'après-vie décrit comme étant similaire au rêve, permettant au yogi d'atteindre l'illumination au moment de la mort, ou de choisir une re-naissance favorable (Gyatrul, 1993).

Le yoga tibétain du rêve comporte quatre étapes (Evans-Wentz, 1958) :

a) comprendre la nature du rêve (c'est-à-dire qu'il s'agit d'un rêve et, par conséquent, une construction de l'esprit) ;

b) pratiquer la transformation des contenus du rêve jusqu'à comprendre, en le vivant, que tous les contenus de la conscience de rêve peuvent être changés à volonté, et que les rêves sont essentiellement instables ;

c) réaliser que les expériences sensorielles de la conscience de veille sont tout aussi illusoires que les rêves et que, dans un sens, « tout est un rêve » ;

d) et méditer sur la « choséité » (*thatness*) de l'état de rêve, qui finit dans l'union avec la « Claire Lumière ».

Les trois premières étapes qui viennent d'être décrites trouvent toutes des parallèles dans les expériences des rêveurs lucides occidentaux, et dans les actuelles théories psychologiques et constructivistes de l'esprit. Aujourd'hui, on ne sait pas encore dans quelle mesure la quatrième étape peut être étudiée par la méthodologie scientifique actuelle.

Les Bouddhistes tibétains et un certain nombre d'autres spécialistes des « états intérieurs » (dont Rudolf Steiner, Sri Aurobindo, Ibn

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

El-Arabi, pour en nommer quelques-uns ; voir LaBerge, 1985 pour des détails) considèrent qu'atteindre la continuité de conscience entre la veille, le rêve et le sommeil sans rêve est une étape essentielle pour un meilleur développement personnel. L'étude des transitions de conscience entre ces trois états semble un domaine de recherche extrêmement prometteur.

BIBLIOGRAPHIE

ABRAMOVITCH H. (1995). « The nightmare of returning home : A case of acute onset nightmare disorder treated by lucid dreaming », *Israel Journal of Psychiatry et Related Sciences*, *32* (2), p. 140-145.

ALEXANDER C. (1987). « Dream lucidity and dream witnessing : A developmental model based on the practice of Transcendental Meditation », *Lucidity Letter, 6* (2), p. 113-124.

ALEXANDER C., BOYER R., ALEXANDER V. (1987). « Higher states of consciousness in the Vedic psychology of Maharishi Mahesh Yogi : A theoretical introduction and research review », *Modern Science and Vedic Science, 1* (1), p. 89-126.

ALEXANDER C., BOYER R., ORME-JOHNSON D. (1985). « Distinguishing between transcendental consciousness and lucidity », *Lucidity Letter, 4* (2), p. 68-85.

ALEXANDER C., DAVIES J.L., DIXON C.A., DILLBECK M.C., OETZEL R.M., MUEHLMAN J.M., ORME-JOHNSON D.W. (1990). « Growth of higher stages of consciousness : Maharishi's Vedic psychology of human development », in C. Alexander et E.J. Langer (éd.), *Higher Stages of Human Development : Perspectives on Adult Growth* (p. 286-341), New York, Oxford Press.

ALEXANDER C., HEATON D.P., CHANDLER H.M. (1994). « Advanced human development in the Vedic Psychology of Maharishi Mahesh Yogi : Theory and research », in M.E. Miller et S.R. Cook-Greuter (éd.), *Transcendence and Mature Thought in Adulthood : The Further Reaches of Adult Development* (p. 39-70), Londres, Rowman et Littlefield Publisher, Inc.

ANTROBUS J.S., ANTROBUS J.S., FISHER C. (1965). « Discrimination of dreaming and nondreaming sleep », *Archives of General Psychiatry, 12*, p. 395-401.

ASERINSKY E., KLEITMAN N. (1955). « Regularly occurring periods of eye motility and concomitant phenomena during sleep », *Science*, *118*, p. 273-274.

ARKIN A.M., ANTROBUS J.S., ELLMAN S.J. (1978). *The Mind in Sleep : Psychology and Phsychophysiology*, Hillsdale (NJ), Erlbaum.

BAARS B.J. (1988). *A Cognitive Theory of Consciousness*, Cambridge, Cambridge University Press.

BARRETT D. (1992). « Just how lucid are lucid dreams? », *Dreaming : Journal of the Association for the Study of Dreams*, *2*, p. 221-228.

BERGER R. (1977). *Psyclosis : The Circularity of Experience*, San Francisco, W. H. Freeman et Co.

BLACKMORE S. (1988). « A theory of lucid dreams and OBEs », in J. Gackenbach et S. LaBerge (éd.), *Conscious Mind, Sleeping Brain* (p. 373-387), New York, Plenum.

BLAGROVE M., TUCKER M. (1994). « Individual differences in locus of control and the reporting of lucid dreaming », *Personality and Individual Differences*, *16*, p. 981-984.

BRODSKY S.L., ESQUERRE J., JACKSON R.R. (1990-1991). « Dream conscious-

ness in problem solving », *Imagination, Cognition, and Personality*, *10*, p. 353-360.

BRYLOWSKI A. (1990). « Nightmares in crisis : Clinical applications of lucid dreaming techniques », *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, *15* (2), p. 79-84.

BRYLOWSKI A., LEVITAN L., LABERGE S. (1989). « H-reflex suppression and autonomic activation during lucid REM sleep : A case study », *Sleep*, *12*, p. 374-378.

CRANSON R. (1989). *A Vedic Perspective on Intelligence*, thèse de doctorat non publiée, Maharishi International University, Farafield, IA.

CRANSON R.W., ORME-JOHNSON D., GACKENBACH J., DILLBECK M.C., JONES C.H., ALEXANDER C. (1991). « Transcendental meditation and improved performance on intelligence-related measures : A longitudinal study », *Personality and Individual Differences*, *12*, p. 1105-1116.

DANE J. (1984). *An Empirical Evaluation of Two Techniques for Lucid Dream Induction*, thèse de doctorat non publié, Georgia State University, Atlanta (GA).

DE BECKER R. (1965). *The Understanding of Dreams*, New York, Bell.

DEMENT W., KLEITMAN N. (1957). « Cyclic variations in EEG during sleep and their relation to eye movements, body motility, and dreaming », *Electroencephalography et Clinical Neurophysiology*, *9*, p. 673-690.

EVANS-WENTZ W.Y. (éd.) (1958). *Tibetan Yoga and Secret Doctrines*, Londres, Oxford University Press.

EVERS R.A., VAN DE WETERING B.J. (1993). « Lucid dreams », *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *35*, p. 651-660.

FENWICK P., SCHATZMAN M., WORSLEY A., ADAMS J., STONE S., BAKER A. (1984). « Lucid dreaming : Correspondence between dreamed and actual events in one subject during REM sleep », *Biological Psychology*, *18*, p. 243-252.

FOULKES D. (1974). « Review of Schwartz et Lefebvre (1973) », *Sleep Research*, *3*, p. 113.

FOULKES D. (1980). « Dreams and dream research », in W. Koella (éd.), *Sleep 1980* (p. 246-257), Bâle, Karger.

FOX O. (1962). *Astral Projection*, New Hyde Park, New York, University Books.

FREUD S. (1900-1967). *L'Interprétation des rêves*, Paris, PUF.

GACKENBACH J. (1985-1986). « A survey of considerations for inducing conscious awareness of dreaming while dreaming », *Imaginatio, Cognition and Personality, 5*, p. 41-55.

GACKENBACH J. (1988). « The psychological content of lucid *versus* nonlucid dreams », in J. Gackenbach et S. LaBerge (éd.), *Conscious Mind, Sleeping Brain : Perspectives on Lucid Dreaming* (p. 181-220), New York, Plenum.

GACKENBACH J. (1990). « Women and mediators as gifted lucid dreamers », in S. Krippner (éd.), *Dreamtime and Dreamwork*, Los Angeles, Tarcher.

GACKENBACH J. (1991*a*). « A developmental model of consciousness in sleep : From sleep consciousness to pure consciousness », in J. Gackenbach et A.A. Sheikh (éd.), *Dream Images : A Call to Mental Arms* (p. 265-308), Amityville, New York, Baywood.

GACKENBACH J. (1991*b*). « Frameworks for understanding lucid dreaming : A review », *Dreaming, 1*, p. 109-128.

GACKENBACH J. (1992). « Interhemispheric EEG coherence in REM sleep and meditation : The lucid dreaming connection », in J. Antrobus (éd.), *The Neuropsychology of Dreaming Sleep*, New Jersey, Erlbaum.

GACKENBACH J. (1992-1993). « Adaptiveness of childhood transpersonal experiences in two Cree women : A Study », *Lucidity, 11*, p. 107-122.

GACKENBACH J. (1995). « Reflections on dreamwork with central Alberta Cree : An essay on an unlikely social action vehicle », in K. Bulkeley (éd.). *Among all these Dreamers : Essays on Dreaming and Modern Society*, Albany, SUNY Press.

GACKENBACH J. , ALLEN N., BARTH M., BLADES M., BOORSE S., CORCORAN C., DAVIDSON D., DUNKLE A.,

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

ELLITT E., ENGEL L., GORDASH B., GUPTA A., HEWITT R., HILLMAN C., HINK V., JANSEN B., LEE B., LISTENER W., MASTEL J., MORRISON K., NELSON C., OWEN W., ROBINSON D., SHOULDICE J., TRAEGER A., TILLER B., WITWER S., WOODMAN P. (1995). « The dream diary of a catholic monk priest : Otherworldly origins or personal angst ? », article présenté aux 12e rencontres annuelles de l'Association for the Study of Dreams, juin, New York City.

GACKENBACH J., ANDREW C., MAREAN M., MASSIMO L., WORTH M., BURNSTAD L., HEMINGSON A., MAYAN M., ZHANG X., CRUMP H., LEE-CHAN T., OWEN M., PERCY F. (1992). « From OBE to Lucid to nonlucid : A qualitative dream diary analysis », article présenté aux 10e rencontres annuelles de l'Association for the Study of Dreams, juin, University of California, Santa Cruz.

GACKENBACH J., KUIKEN D. (1995). « Transpersonal and personal realizations in dreams : Native and non-native differences ? », article présenté aux 12e rencontres annuelles de l'Association for the Study of Dreams, juin, New York City.

GACKENBACH J., PRINCE W. (1992). « Dreams and autobiographical experiences from Alberta natives and nonnatives », article présenté aux 10e rencontres annuelles de l'Association for the Study of Dreams, juin, University of California, Santa Cruz.

GALVIN F.J. (1993). « The effects of lucid dream training upon the frequency and severity of nightmares » *Dissertation Abstracts International, 54* (3-B), p. 1665-1666.

GARFIELD P. (1979). *Pathway to Ecstasy*, New York, Holt, Rhinehart et Winston.

GILLESPIE G. (1988). « Lucid dreams in Tibetan Buddhism », in J. Gackenbach et S. LaBerge (éd.), *Conscious Mind, Sleeping Brain : Perspectives on Lucid Dreaming* (p. 27-35), New York, Plenum.

GLICKSOHN J. (1989). « The structure of subjective experience : Interdependencies among the sleep-wakefulness continuum », *Journal of Mental Imagery*, *13*, p. 99-106.

GLOBUS G. (1993). « Connectionism and sleep », in A. Moffitt, M. Kramer, et R. Hoffman (éd.), *The Functions of Dreaming* (p. 113-138), Albany, State University of New York.

GREEN C. (1968). *Lucid Dreams*, Londres, Hamish Hamilton.

GREEN J.T. (1995). « Lucid dreams as one method of replicating components of the near-death experience in a laboratory setting », *Journal of Near-Death Studies*, *14* (1), p. 49-59.

GRUBER R.E., STEFFEN J.J., VONDERHAAR S.P. (1995). « Lucid dreaming, waking personality, and cognitive development », *Dreaming : Journal of the Association for the Study of Dreams*, *5* (1), p. 1-12.

GYATRUL R. (1993). *Ancient Wisdom : Nyingma Teachings on Dream Yoga, Meditation, and Transformation* (trad. B.A. Wallace et S. Khandro), New York, Snow Lion.

HALL C.S., VAN DE CASTLE R.L. (1966). *The Content Analysis of Dreams*, New York, Appleton-Century-Crofts.

HALL J.A. (1977). *Clinical Uses of Dreams*, New York, Grune et Stratten.

HALL J.A., BRYLOWSKI A. (1991). « Lucid dreaming and active imagination : Implications for Jungian therapy », *Quadrant, 24* (1), p. 35-43.

HARTMANN E. (1975). « Dreams and other hallucinations : an approach to the underlying mechanism », in R.K. Siegal et L.J. West (éd.), *Hallucinations* (p. 71-79), New York, J. Wiley et Sons.

HEARNE K.M.T. (1978). *Lucid Dreams : An Electrophysiological and Psychological Study*, thèse de doctorat non publié, Université de Liverpool.

HERVEY DE SAINT-DENYS L. (1867). *Les Rêves et les Moyens de les diriger*, Paris, Amyot.

HOLZINGER B. (1995). « Lucid dreaming as a tool in psychotherapy », article présenté aux 12e rencontres annuelles de l'Association for the Study of Dreams, juin, New York City.

HUNT H.T. (1989). *The Multiplicity of Dreams : Memory, Imagination, and Consciousness*, New Haven (CT), Yale University Press.

HUNT H.T. (1995). *On the Nature of Consciousness : Cognitive, Phenomenological, and Transpersonal Perspectives*, New Haven (CT), Yale University Press.

HUNT H.T., OGILVIE R.D. (1988). « Lucid dreams in their natural series : Phenomenological and psychophysiological findings in relation to meditative states », in J. Gackenbach et S. LaBerge (éd.), *Conscious Mind, Sleeping Brain* (p. 389-417), New York, Plenum.

IRWIN H. (1988). « Out-of-body experiences and dream lucidity », in J. Gackenbach et S. LaBerge (éd.), *Conscious Mind, Sleeping Brain* (p. 353-371), New York, Plenum.

KAHAN T.L., LABERGE S. (1994). « Lucid dreaming as metacognition : Implications for cognitive science », *Consciousness and Cognition, 3*, p. 246-264.

KELZER K. (1987). *The Sun and the Shadow : My Experiment with Lucid Dreaming*, Virginia Beach, (VA), A.R.E. Press.

KLIPPSTEIN H. (1986). « Hypnotic and lucid dreams », *Hypnose und Kognition, 3* (2), p. 66-70.

KUIKEN D., SIKORA S. (1993). « The effects of impactful dreams on waking thoughts and feelings », in A. Moffitt, M. Kramer, et R. Hoffmann (éd.), *The Functions of Dreaming* (p. 419-476), Albany, (NY), SUNY Press.

LABERGE S. (1980*a*). *Lucid Dreaming : An Exploratory Study of Consciousness During Sleep*, thèse de doctorat non publiée, Stanford University, California.

LABERGE S. (1980b). « Lucid dreaming as a learnable skill : A case study », *Perceptual and Motor Skills, 51*, 1039-1042.

LABERGE S. (1981). « Healing through lucid dreaming », *The Holmes Center Research Reporter, 5*, p. 2-3.

LABERGE S. (1985). *Lucid Dreaming*, Los Angeles, J. P. Tarcher.

LABERGE S. (1988). « The psychophysiology of lucid dreaming », in J. Gackenbach et S. LaBerge (éd.), *Conscious Mind, Sleeping Brain : Perspectives on Lucid Dreaming* (p. 135-153), New York, Plenum.

LABERGE S. (1990). « Lucid dreaming : Psychophysiological studies of consciousness during REM sleep », in R.R. Bootsen, J.F. Kihlstrom et D.L. Schacter (éd.), *Sleep and Cognition*, Washington DC, American Psychological Association, p. 109-126.

LABERGE S., DEGRACIA D.J. (2000). « Varieties of lucid dreaming experience », in R. G. Kunzendorf et B. Wallace (éd.), *Individual Differences in Conscious Experience* (p. 269-307), Amsterdam, John Benjamins.

LABERGE S., DEMENT W.C. (1982*a*). « Lateralization of alpha activity for dreamed singing and counting during REM sleep », *Psychophysiology, 19*, p. 331-332.

LABERGE S., DEMENT W.C. (1982*b*). « Voluntary control of respiration during REM sleep », *Sleep Research, 11*, p. 107.

LABERGE S., GREENLEAF W., KEDZIERSKI B. (1983). « Physiological responses to dreamed sexual activity during lucid REM sleep », *Psychophysiology, 20*, p. 454-455.

LABERGE S., LEVITAN L. (1995). « Validity established of DreamLight cues for eliciting lucid dreaming », *Dreaming, 5*, p. 159-168.

LABERGE S., LEVITAN L., BRYLOWSKI A., DEMENT W. (1988). « "Out-of-body" experiences occurring during REM sleep » *Sleep Research, 17*, p. 115.

LABERGE S., LEVITAN L., DEMENT W. (1986). « Lucid dreaming : Physiological correlates of consciousness during REM sleep », *Journal of Mind et Behavior, 7*, p. 251-258.

LABERGE S., NAGEL L., DEMENT W., ZARCONE V. (1981*a*). « Lucid dreaming verified by volitional communication during REM sleep », *Perceptual et Motor Skills, 52*, p. 727-732.

LABERGE S., NAGEL L., TAYLOR W., DEMENT W.C., ZARCONE V. Jr. (1981*b*).

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

« Psychophysiological correlates of the initiation of lucid dreaming », *Sleep Research, 10*, p. 149.

LABERGE S., PHILLIPS L., LEVITAN L. (1994). « An hour of wakefulness before morning naps makes lucidity more likely », *NightLight, 6* (3), p. 1-5.

LABERGE S., RHEINGOLD H. (1990). *Exploring the World of Lucid Dreaming*, New York, Ballantine.

LESLIE K., OGILVIE R. (1996). « Vestibular dreams : Effects of rocking on dream mentation », *Dreaming : Journal of the Association for the Study of Dreams, 6* (1), p. 1-16.

LEVITAN L., LABERGE S. (1990). « Beyond nightmares : Lucid resourcefulness *versus* helpless depression », *NightLight, 2* (4), p. 1-6.

LEVITAN L., LABERGE S. (1993). « Day life, night life : How waking and dreaming experiences relate », *NightLight, 5* (1), p. 4-6.

LEVITAN L., LABERGE S., DEGRACIA D. J., ZIMBARDO P.G. (1999). « "Out-of-body experiences," dreams, and REM sleep », *Sleep and Hypnosis, 1 (3)*, p. 186-196.

MALCOLM N. (1959). *Dreaming*, Londres, Routledge.

MASON L.I. (1995). *Electrophysiological Correlates of Higher States of Consciousness During Sleep*, thèse de doctorat non publiée, Maharishi International University, Fairfield (IA).

MASON L., ALEXANDER C.N., TRAVIS F. GACKENBACH J., ORME-JOHNSON D. (1995). « EEG correlates of "higher states of consciousness" during sleep », *Sleep Research, 24*, p. 152.

MOERS-MESSMER H. VON (1938). « Traüme mit der gleichzeitigen Erkenntnis des Traumzustandes [Rêve avec connaissance simultanée de l'état de rêve] », *Archiv für Psychologie, 102*, p. 291-318.

NORBU N., KATZ M. (1992). *Dream Yoga and the Practice of Natural Light*, New York, Snow Lion.

OGILVIE R., HUNT H., KUSHNIRUK A., NEWMAN J. (1983). « Lucid dreams and the arousal continuum », *Sleep Research, 12*, p. 182.

OGILVIE R., HUNT H., SAWICKI C., MCGOWAN K. (1978). « Searching for lucid dreams », *Sleep Research, 7*, p. 165.

OGILVIE R., HUNT H., TYSON P.D., LUCESCU M.L., JEAKINS D.B. (1982). « Lucid dreaming and alpha activity : A preliminary report », *Perceptual and Motor Skills, 55*, p. 795-808.

PRICE R., COHEN D. (1988). « Lucid dream induction : An empirical evaluation », in J. Gackenbach et S. LaBerge (éd.), *Conscious Mind, Sleeping Brain* (p. 105-134), New York, Plenum.

PURCELL S., MOFFITT A., HOFFMANN R. (1993). « Waking, dreaming, and self-regulation », in A. Moffitt, M. Kramer, R. Hoffman (éd.), *The Functions of Dreaming* (p. 197-260), Albany, State University of New York Press.

RECHTSCHAFFEN A. (1978). « The single-mindedness and isolation of dreams », *Sleep, 1*, p. 97-109.

ROFFWARG H., DEMENT W.C., MUZIO J., FISHER C. (1962). « Dream imagery : Relationship to rapid eye movements of sleep », *Archives of General Psychiatry, 7*, p. 235-238.

ROSSI E. (1972). *Dreams and the Growth of Personality : Expanding Awareness in Psychotherapy*, New York, Braunner/Mazel.

SCHWARTZ B.A., LEFEBVRE A. (1973). « Contacts veille/P.M.O. II. Les P.M.O. morcelées », *Revue d'électroencephalographie et de neurophysiologie clinique, 3*, p. 165-176.

SNYDER T.J., GACKENBACH J. (1988). « Individual differences associated with lucid dreaming », in J. Gackenbach et S. LaBerge (éd.), *Conscious Mind, Sleeping Brain : Perspectives on Lucid Dreaming* (p. 221-260), New York, Plenum.

SNYDER T.J., GACKENBACH J. (1991). « Vestibular involvement in the neurocognition of lucid dreaming », in J. Gackenbach et A.A. Sheikh (éd.), *Dream Images : A Call to Mental Arms* (p. 55-78), Amityville (NY), Baywood.

SPADAFORA A., HUNT H.T. (1990). « The multiplicity of dreams : Cognitive-affective correlates of lucid, archetypal, and nightmare dreaming » *Perceptual and Motor Skills*, *71* (2), octobre, p. 627-644.

STOYVA J., KAMIYA J. (1968). « Electrophysiological studies of dreaming as the prototype of a new strategy in the study of consciousness », *Psychological Review, 75*, p. 192-205.

TART C. (1988). « From spontaneous event to lucidity : A review of attempts to consciously control nocturnal dreaming », in J. Gackenbach et S. LaBerge (éd.), *Conscious Mind, Dreaming Brain* (p. 67-103), New York, Plenum.

THOLEY P. (1988). « A model for lucidity training as a means of self-healing and psychological growth », in J. Gackenbach et S. LaBerge (éd.), *Conscious Mind, Dreaming Brain* (p. 67-103), New York, Plenum.

THOLEY P. (1989). « Consciousness and the ability of dream figures observed during lucid dreaming », *Perceptual and Motor Skills*, *68*, p. 567-578.

TRAVIS F.T. (1994). « The junction point model : A field model of waking, sleeping and dreaming, relating dream witnessing, the waking/sleeping transition, and transcendental meditation in terms of a common psychophysiological state », *Dreaming, 4* (2), p. 91-104.

USHA S., PASRICHA S. (1989, July). « Claims of paranormal experiences : II. Attitudes toward psychical research and factors associated with psi and psi-related experiences », *NIMHANS Journal*, 7 (2), p. 151-157.

VAN EEDEN F. (1913). « A study of dreams », *Proceedings of the Society for Psychical Research, 26*, p. 431-461.

WALSH R., VAUGHAN F. (1993). « Lucid dreaming : Some transpersonal implications », *Journal of Professional Psychology*, *24*, p. 193-200.

WHITEMAN J.H.M. (1961). *The Mystical Life*, Londres, Faber et Faber.

WOLMAN B.B. (1989). « The proto-conscious », *Dynamische Psychiatrie, 22* (1-2), p. 22-30.

WOLPIN M., MARSTON A., RANDOLPH C., CLOTHIER A. (1992). « Individual difference correlates of reported lucid dreaming frequency and control », *Journal of Mental Imagery*, *16*, p. 231-236.

WORSLEY A. (1988). « Personal experience in lucid dreaming », in J. Gackenbach et S. LaBerge (éd.), *Conscious Mind, Dreaming Brain* (p. 321-341), New York, Plenum.

PROBLÈMES LIÉS À LA PRATIQUE DU RÊVE LUCIDE ET SOLUTIONS

Carine Lemarchand

Si le rêve lucide est habituellement décrit unanimement comme bénéfique et accompagné d'un sentiment de joie et de plénitude, certains problèmes liés à sa pratique sont parfois rapportés. Le plus récurrent est le fait d'avoir l'impression de ne plus pouvoir se réveiller. Bien que rare, ce phénomène est certainement arrivé au moins une fois à chaque rêveur lucide, à des degrés variés. Dans ce cas de figure, il s'agit d'un sentiment angoissant de ne plus pouvoir revenir, d'être allé trop loin dans l'expérience, d'être enfermé dans le rêve. Cette expérience est généralement précédée de faux réveils : la personne croit s'être réveillée et vit sa vie de veille avant de se rendre compte qu'elle est en fait toujours en train de rêver. Il est assez facile d'imaginer qu'au bout de plusieurs faux éveils nous soyons angoissés à l'idée de recommencer sans fin le même réveil, le même matin.

> Voici l'exemple de Joseph Mac Moneagle qui participait à une expérience sur le rêve lucide avec LaBerge :
>
> « Ça s'est comme déglingué. J'ai commencé à avoir ce que j'appelle des faux réveils, je le signalai aux expérimentateurs et ils me réveillaient, je faisais le rapport et les dessins, mais je ne m'étais pas — en réalité — réveillé. Je me rendais compte une heure plus tard que j'étais toujours à l'intérieur d'un rêve lucide. » Il eut jusqu'à six ou sept faux réveils pendant chaque session et vers la fin, « cela devenait épuisant. Je commençais à penser : "Donc, voilà ce que c'est que de se sentir fou." Pensant que j'étais éveillé, je tenais des conversations avec LaBerge pendant une heure et demie et ensuite il se retournait, ouvrait la porte du bureau et alors entrait dans la pièce un loup qui se levait sur ses pattes arrière et lui serrait la main. C'était très bizarre » (Schwarzt, 2007).

Par interprétation un tel rêve dont on n'arrive pas à se sortir pourrait refléter une situation de la vie actuelle dont on a l'impression qu'« on ne va jamais s'en sortir », qui nous angoisse, une situation dont on ne voit pas le bout. Il faut donc profiter du fait que ce soit un rêve pour régler le problème de manière créative en trouvant une issue positive, car régler un problème en rêve c'est favoriser

son dénouement dans la vie. Par exemple : trouver un allié, le faire apparaître ou l'invoquer, puisqu'en rêve tout est possible, et lui demander pourquoi nous sommes enfermés, ce que nous pouvons faire, pourquoi une si grande angoisse... et évidement lui demander son aide pour que cela cesse. On peut aussi imaginer trouver une porte vers le réveil plutôt qu'un allié, la créativité ne doit pas avoir de limite. De plus, apprendre à être créatif en rêve, c'est le devenir dans la vie de tous les jours ; le résultat d'un tel changement est de l'ordre : « Il n'y a pas de problèmes, il n'y a que des solutions. »

Un autre phénomène plus rare encore est celui de ne plus savoir si l'on est éveillé ou endormi, mais cette fois-ci, en étant bel et bien éveillé. En effet, à prendre l'habitude d'être conscient dans le sommeil, la frontière entre la réalité et le rêve devient bien maigre. Dans ce cas, il peut s'agir d'une impression que l'environnement est comme irréel, onirique.

Afin de trancher pour de bon entre rêve et réalité il peut être utile de pratiquer quelques tests de réalité. Ces tests sont habituellement utilisés pour induire les rêves lucides : les pratiquer plusieurs fois dans la journée augmente les chances en rêve de se demander si nous sommes en train de rêver et conclure que c'est le cas (Rinpoché, 2001). Par exemple : regarder l'heure deux fois de suite, en rêve, l'heure ne sera pas la même les deux fois car l'environnement est souvent instable ; se pincer très fort ; essayer de voler, etc.

Si le sentiment de déréalisation est important, ou récurrent, il peut dans certains cas être signe d'une pathologie mentale. Quelques rares cas m'ont été rapportés de personnes ayant décompensé sur un mode psychotique suite à une pratique du rêve lucide induite par des exercices. Le sentiment de déréalisation devient dans de tels cas si important que la personne perd pied avec la réalité et peut éventuellement adhérer à une autre réalité qu'elle se sera construite, ce qui ne lui permet plus de mener une vie normale. Il est donc nécessaire dans ce cas de stopper les exercices d'induction des rêves lucides et de consulter un professionnel en santé mentale. Rappelons toutefois, comme le disent LaBerge et Gackenbach, que le rêve lucide n'est pas plus dangereux en soi pour la santé mentale que n'importe quelle autre pratique. Il faut donc entendre ici que ces personnes présentaient une fragilité qui se serait révélée aussi bien, par exemple, en pratiquant la méditation.

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Les bienfaits thérapeutiques du rêve lucide

De par son paradoxe de conscience au sein du sommeil, le rêve lucide offre des possibilités curatives et créatrices surprenantes. Nous connaissons déjà les bienfaits de l'imagerie curative pour laquelle le rêve lucide est apparenté à l'hypnose. À ce sujet, les médecins Bresler et Jaffe indiquent que « l'imagerie mentale mobilise chez l'individu ses pouvoirs intérieurs, latents, qui recèlent un potentiel immense pour faciliter le processus de guérison et promouvoir la santé » (Jaffe, Bresler, 1980).

Or nous savons que l'efficacité de l'imagerie est, dans une certaine mesure, dépendante de sa vraisemblance quant à la réalité. Ainsi, l'imagerie curative en rêve lucide pourrait s'avérer particulièrement efficace. En effet, comme le dira LaBerge, le rêve lucide est la forme d'imagerie mentale la plus vivace, il exerce naturellement un puissant impact sur le rêveur tant sur plan physique qu'au niveau de l'expérience (LaBerge, 1985, 1991).

S'appuyant sur les études psychophysiologiques, il ajoute :

> « Pendant la phase REM, les événements rêvés ont une influence sur l'activité du cerveau qui produit un effet sur le système nerveux périphérique et sur le corps. Les effets sont modifiés sur leur extension par la condition spécifique du sommeil REM mais sont similaires aux effets qui auraient eu lieu si les événements s'étaient produits pendant la veille. Cela peut expliquer pourquoi nous sommes parfois enclins à confondre nos rêves avec la réalité : dans le système de fonctionnement de notre activité neuronale qui construit notre expérience du monde, rêver de percevoir ou faire quelque chose est l'équivalent de percevoir ou faire réellement cette chose » (Cardena, 2004).

De plus, LaBerge (1985) et Hunt (1989) considèrent que les rêves lucides et les rêves intenses en général sont plus susceptibles d'avoir une influence sur l'éveil qui suit dans le sentiment, le jugement et l'action. Cela pourrait s'expliquer par une bonne humeur liée au fait que le rêve était plaisant, excitant et intéressant.

Pour un meilleur équilibre psychologique

De même que pour la santé physique, résoudre des situations conflictuelles en rêve pourrait s'avérer utile pour résoudre les situations conflictuelles de la vie de tous les jours ainsi que nos conflits psychiques.

Par exemple, comme le fait remarquer LaBerge, il semble que nous puissions nous servir du rêve lucide dans le but de diminuer notre anxiété au-delà du rêve. Il nous apprend ainsi, en parlant de sa propre expérience du rêve lucide, que si l'anxiété était l'élément déclencheur de sa lucidité au début de sa pratique du rêve lucide, elle se fait maintenant rare aussi bien en rêve que dans sa vie. Il remarque que cette diminution ne peut être attribuée à un style de vie moins stressant puisqu'au cours de ces dernières années son « existence est devenue beaucoup plus difficile et beaucoup plus stressante » (LaBerge, 1985, 1991). LaBerge attribue cette diminution de son anxiété au fait d'avoir pour habitude de résoudre les conflits à l'intérieur de ses rêves. Il est ainsi habitué à être flexible et créatif dans ses rêves, ce qui se répercute et transparaît dans sa manière d'aborder les problèmes de sa vie de tous les jours. Comme nous l'avons dit plus haut, résoudre un problème en rêve favorise donc son dénouement dans la vie.

Jung nous offre un éclairage intéressant dont nous pouvons peut-être nous inspirer dans cette optique. Selon lui, notre personnalité se scinde en deux parties. L'une regroupe toutes les caractéristiques que nous trouvons agréables et bonnes, toutes ces qualités rassemblées correspondent à la représentation de soi, ou au « moi ». L'autre exprime les traits de personnalité que nous trouvons mauvais, ou que nous n'aimons pas en nous, et que nous souhaitons rejeter consciemment ou inconsciemment. Nous les projetons ainsi sur l'image mentale d'un autre que Jung appellera « l'ombre ». Si on laisse « l'ombre » de côté, la représentation de soi est incomplète. Pour Jung, lorsque le moi accepte intentionnellement des aspects de l'ombre, il se rapproche alors de la complétude et d'un fonctionnement psychologique sain :

> « Il n'y a pas de lumière sans ombre, et pas de totalité psychique sans imperfection. La vie nécessite, pour son épanouissement, non pas de la perfection mais de la plénitude. Sans imperfection, il n'y a ni progression, ni ascension. » (Jung, 1995).

Ainsi, Jung parlera de compensation dans le rêve pour la complétude de soi.

Les rêves étant des projections de nous-mêmes, de notre univers inconscient, il est fréquent d'y rencontrer plusieurs aspects de notre

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

personnalité sous les traits de plusieurs personnages différents. Ainsi, dans nos rêves, la partie que Jung appel « l'ombre » peut tout à fait se voir projetée sur un personnage autre, menaçant le moi onirique. Le rêve lucide pourrait ainsi offrir l'occasion, lors de ces rencontres symboliques, de réintégrer ces aspects rejetés ou négligés de notre personnalité pour peu que nous le voulions. Nous pouvons par exemple, une fois identifiée cette « ombre » dans notre rêve, engager le dialogue avec elle, lui faire face plutôt que d'en avoir peur, essayer de s'en faire un allier, essayer d'apprendre d'elle...

L'exemple suivant, comme beaucoup de cas similaires rapportés, nous montre que lorsqu'en rêve nous acceptons de faire face à « l'ombre » ou aux représentations effrayantes en général, elles se transforment et disparaissent ensuite de nos rêves. Il s'agit d'un cauchemar récurrent que faisait d'Hervey de Saint-Denys où il était poursuivi par des monstres. Lors de l'un de ces cauchemars, il devint lucide ce qui lui permit d'avoir le courage de faire face.

> « Au moment où mes persécuteurs allaient recommencer leur poursuite, le sentiment de la vérité se réveilla tout à coup dans mon esprit ; le désir de combattre ces illusions me donna la force de dompter ma terreur instinctive. Au lieu de fuir, et par un effort de volonté assurément très caractérisé en cette circonstance, je m'adossai contre la muraille, et je pris la décision de contempler avec une attention fructueuse les fantômes que jusqu'à lors j'avais plutôt entrevus que regardés. [...] je pus observer ce qui suit : le monstre s'était arrêté à quelques pas de moi, sifflant et gambadant d'une façon qui tournait au burlesque dès qu'elle n'était plus effrayante. Ce monstre s'est ensuite changé en sorte de dépouille flottante, pareil à ces costumes fanés qui servent d'enseigne aux magasins de déguisements pendant le carnaval » (d'Hervey de Saint-Denys, 1867, 1995).

Lors d'un cauchemar en rêve non lucide, l'issue est le réveil, ce qui nous laisse avec un conflit non résolu et un sentiment négatif et malsain. Le fait de se savoir en train de rêver rend plus facile le fait de faire face à nos peurs car nous ne risquons rien. Le rêve lucide donne donc l'opportunité de résoudre symboliquement le problème de façon bénéfique entre les deux faces de notre personnalité, pour qu'elles ne s'affrontent plus en créant des conflits. De plus, la présence d'entités effrayantes est souvent un élément efficace d'induction de la lucidité.

Et pourquoi ne pas se servir de ses rêves lucides pour résoudre des conflits internes, trouver la réponse à ses questions et mieux se connaître ? Il nous est arrivé à tous de rêver d'une personne avec un souvenir bien plus net que ce qu'on en avait retenu, alors qu'on ne l'avait vu qu'une seule fois. De même, il existe beaucoup d'exemples dans la littérature, d'artistes ou d'inventeurs ayant trouvé la solution qu'ils cherchaient en rêve. Ces exemples sont révélateurs du fait que nous savons bien plus de choses que ce que nous croyons. Il semble que nous restions possesseurs de toutes les informations acquises alors que notre conscience croit en avoir oublié beaucoup. Ainsi, nous pouvons considérer que si, lors d'un rêve lucide, nous décidons de poser une question, sur nous-mêmes ou sur un sujet qui nous préoccupe, l'inconscient, autrement dit le rêve, sera tout à fait à même de répondre puisqu'il dispose de plus d'informations pour ce faire que notre conscience. Le rêve lucide pourrait donc s'avérer être un moyen efficace d'accéder à des solutions ou des réponses.

Une utilisation culturelle du rêve lucide

Avant d'en finir avec l'énumération des divers aspects de l'utilisation du rêve lucide, notons l'utilisation qu'en font les yogis tibétains qui se servent de la pratique du rêve lucide depuis le VIII^{e} siècle dans le but de surmonter des difficultés énergétiques, d'achever des tâches psychologiques et surtout pour défier et dépasser les limites de l'esprit. Ils tentent ainsi de développer la flexibilité de l'esprit qui permet de vaincre la saisie et la répulsion, voir les choses de façon nouvelles et avoir des réponses positives au lieu d'être menés à l'aveuglette par leurs réactions habituelles (Rinpoché, 2001). Pour les Tibétains, devenir lucide en rêve correspond à devenir plus conscient dans la vie. Ce qui correspond chez Jung à la réalisation de soi : élargir sa conscience en rendant conscient l'inconscient, donc devenir plus conscient.

Nous avons évoqué ici beaucoup de possibilités liées au rêve lucide : résolution créative des problèmes, possibilité d'y trouver des réponses, diminution de l'anxiété, moyen de stopper les cauchemars répétitifs, possibilité d'amélioration de la santé physique comme mentale. Tous ces aspects sont, d'une façon générale, négligés par

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

l'investigation scientifique mais offrent cependant de nouvelles perspectives très prometteuses.

Bibliographie

CARDENA E., LYNN S.J., KRIPPNER S. (2004). *Varieties of Anomalous Experience : Examining the Scientific Evidence,* Washington DC, American Psychological Association.

GARFIELD P. (1974). *La Créativité onirique, du rêve ordinaire au rêve lucide*, Paris, La Table ronde, 1986.

HERVEY DE SAINT-DENYS L. d' (1867). *Les Rêves et les moyens de les diriger*, Île Saint-Denis, Oniros, 1995.

HUNT H.T. (1989). *The Multiplicity of Dreams : Mémory, Imagination, and Consciouness*, New Haven, Yale University Press.

JAFFE D., BRESLER D. (1980). « The use of guided imagery as an adjunct to medical diagnosis and treatment », *Journal of Humanistic Psychology*, 20, p. 45, in LaBerge S. (1985*a*). *Lucid Dreaming*, Los Angeles, Tarcher.

JUNG C.G. (1995). *L'Âme et la vie*, textes réunis et présentés par J. Jacobi, intro. M. Cazenave Paris, Livre de Poche.

LABERGE S. (1985*a*). *Lucid Dreaming*, Los Angeles, Tarcher.

LABERGE S. (1985*b*). *Le Rêve lucide. Le pouvoir de l'éveil et de la conscience dans vos rêves,* Île SaintDenis, Oniros, 1991.

SCHWARZT S. (2007). *Opening to the Infinite*, Nemoseen.

TENZIN WANGYAL RINPOCHÉ (1998). *Yogas tibétains du rêve et du sommeil,* Éditions Claire lumière. 2001.

8

EXPÉRIENCES EXTRAORDINAIRES ET ÉTATS MODIFIÉS DE CONSCIENCE INDUITS PAR DES SUBSTANCES

Olivier Chambon

« Je suis dans les bois, assis sur une couverture au milieu d'une clairière, je me laisse tomber par terre. Le monde autour de moi s'efface. Tout commence très vite, je n'ai plus de corps, je ne suis plus qu'une conscience, totale, universelle. J'englobe toute la terre. Puis je chute à la vitesse de la lumière vers la terre, je vois une main, mais je ne m'arrête pas, je rentre à l'intérieur de cette main, jusqu'à l'atome, puis je continue, je rentre dans l'atome et... le circuit recommence : je rechute du haut du ciel vers la terre, je rentre dans quelque chose au plus profond puis... je rechute du haut de la terre... Pendant toute une partie de l'expérience je ne fais que ça : je chute du ciel vers la terre, je rentre dans un objet, un être, jusqu'à sa plus petite cellule, puis ça recommence, des milliers de fois ; tout va très vite. J'ai conscience que ce n'est pas mon corps qui chute mais ma conscience. Malgré cela, mon mental ne cesse d'analyser. Des centaines de réflexion m'assaillent. Je comprends qu'il n'y a pas vraiment de différence entre un corps humain et une chaussure, nous venons de la même chose : atome et énergie. Avant de chuter, il y a un court moment où je sens que je suis Dieu tout-puissant, que je suis la conscience universelle, que je suis à l'origine de toute chose sur terre et que la terre est un terrain de jeu pour ma conscience, et que les autres personnes n'existent pas. Mais je sais que cela est faux que ça ne sonne pas juste. Mon mental analyse encore et encore. Puis la solution vient à moi : il n'y a qu'une conscience universelle, un être supérieur. La terre est son terrain de jeu, son expérience. Il expérimente la matière, le physique. Et nous, les humains, nous sommes des parties de sa conscience dans des corps physiques. Cet être cosmique, cette conscience totale, expérimente

> la matière et pour cela il met une partie de sa conscience dans tous les êtres humains. Nous sommes tous une partie de Dieu, de cet être. En réalité nous sommes, tous les êtres humains, la même personne ; un être, une conscience cosmique, Dieu. Nous sommes tous l'expérience de la matière. La boucle ne s'arrête pas. J'ai l'impression que je serai condamné à faire cela sans fin. Puis subitement tout s'arrête. Je suis de nouveau dans mon corps. Je suis contente que ça s'arrête. Je suis debout, je suis une femme (le témoin est un homme). Puis mon corps flanche, je tombe par terre. J'ai très peur. Il y a quelqu'un à côté de moi vêtu d'un pantalon noir : un homme. Je suis contente qu'il soit là. Le monde part de nouveau en vrille, mais je ne veux pas être recondamné à chuter. Je m'accroche à ma chaussure en me disant qu'il me faut quelque chose de réel entre les mains. Mais je pars de nouveau. Ma conscience rentre dans la chaussure, jusqu'à un atome, jusqu'à l'intérieur de l'atome. Et je rechute, je tombe de nouveau du ciel et je rentre dans un corps. Alors je me réveille dans les bois en sursaut. Je suis frigorifié. Je n'en reviens pas de ce qui vient de se passer : que j'étais dans un autre corps et que j'étais une femme. J'essaye d'analyser mais tout se mélange dans ma tête. Je suis encore dans un autre monde. En sortant de la forêt, je croise des gens et j'ai envie de leur dire : "Salut mon autre moi. Comment ça va ? Ça se passe bien ton expérience sur terre ?" Chaque fois que je vois quelqu'un j'ai l'impression de voir un autre "moi", une autre partie de ma conscience qui expérimente une autre expérience, comme si nous n'étions qu'une conscience faisant l'expérience de la matière, avec des milliards de corps différents en même temps. »
>
> *Témoignage anonyme d'une expérience sous psychédélique.*

DÉFINITION

Les expériences extraordinaires induites abordées dans le cadre de ce chapitre désignent notamment celles que sont susceptibles de vivre les Occidentaux qui expérimentent des substances psychotropes dans le cadre de rituels chamaniques ou néo-chamaniques. Pour nombre d'auteurs occidentaux, les expériences induites lors de pratiques chamaniques relèvent d'une réalité psychique qui n'a pas d'existence objective. Pour le chamane, au contraire, l'expérience vécue dans le contexte traditionnel permet d'accéder à un niveau de réalité « parallèle » qui est porteur de sens et d'informations objectives. Il existe de nombreux modes d'induction de l'expérience chamanique : danses, percussions, chants répétitifs, avec ou sans usage de psychotropes. Nous aborderons donc essentiellement dans

ce chapitre l'expérience induite par la consommation de substances psychotropes comme le *peyote* au Mexique, l'*ayahuasca* dans le bassin amazonien, ou encore l'*iboga* au Gabon. En France, la consommation de ces substances est illégale. En outre, la législation actuelle ne permet pas l'emploi des substances psychédéliques pour un usage thérapeutique, médical et psychiatrique. Nous insistons ici sur le fait que leur utilisation hors de tout cadre traditionnel ou thérapeutique peut avoir des conséquences psychiques importantes.

Une personne peut faire l'expérience de nombreuses « expériences extraordinaires » après la prise d'une substance psychédélique. En les racontant aux autres, elle ne sera pas suspectée d'être psychotique puisqu'on saura que la cause de sa « folie passagère » était externe et temporaire. Ces expériences possèdent des caractéristiques qui les distinguent des symptômes classiques de la psychose.

Au-delà du contexte traditionnel, les expériences extraordinaires (transpersonnelles et mystiques) catalysées par les psychédéliques ont une utilité démontrée en psychiatrie (par exemple pour le traitement de diverses toxicomanies). Toutefois, leur emploi, que ce soit dans le cadre de la recherche clinique ou des pratiques traditionnelles dans les pays où leur usage est légal, nécessite des règles de sécurité à la hauteur de la puissance d'effets de ces substances psychoactives. Face aux expériences difficiles passagères survenant au cours même de la consommation (les *bads trips*) nous indiquerons les éléments principaux de la conduite à tenir, aussi bien pour les personnes assistant par hasard à une crise, que pour les professionnels de santé appelés à faire face à une urgence psychédélique. Enfin, nous présenterons des outils d'intégration thérapeutiques de ces expériences.

CONTENU ET DESCRIPTION

Effets transpersonnels des psychédéliques et phénomènes extraordinaires

Les effets obtenus par la consommation de faibles doses de substances psychédéliques à l'intérieur d'un cadre psychothérapeutique, consistent en des phénomènes psychologiques classiques bien connus dans ce type de cadre et qui n'ont rien d'« extraordinaires ».

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Mais qu'en est-il des effets « transpersonnels » survenant lors de la consommation de fortes doses de psychédéliques, lors d'expériences chamaniques ? À des doses suffisamment élevées, les psychédéliques dissolvent les frontières du moi, provoquent une expansion de la conscience allant au-delà du soi, et ouvrent les « portes de la perception », permettant des perceptions extra-sensorielles. Le terme « transpersonnel » signifie littéralement « au-delà du personnel ». Les expériences vécues à ce niveau impliquent le dépassement des limites habituelles du corps/ego, de l'espace tridimensionnel, et de la linéarité du temps, qui caractérisent notre perception habituelle du monde, en état de conscience ordinaire. Le domaine transpersonnel est à la source d'une grande variété de phénomènes « anormaux » ou même paranormaux, qui remettent en cause, les cadres conceptuels actuels de la psychologie et de la psychiatrie.

Une grande majorité des expériences extraordinaires citées dans cet ouvrage peuvent être provoquées par les psychédéliques (Chambon, 2009) :

- des états mystiques en tout point identiques à ceux sans substance, avec, notamment, des sentiments d'unité cosmique avec l'humanité, la nature, l'univers, et Dieu ;
- les différentes catégories de phénomènes « psi » : télépathie, clairvoyance, précognition, guérison psychique ;
- les phénomènes « classiques » : expériences de mort imminente (EMI), expérience de sortie hors du corps (EHC), des rencontres avec des entités non humaines, le *shape-shifting* (la conscience s'investit dans un autre être par exemple un sujet a l'impression physique de se transformer en jaguar ou en une plante ou en une autre personne, etc.), vécus de vies antérieures ou futures, etc.

Toutes ces expériences extraordinaires induites par les psychédéliques peuvent s'obtenir par les autres méthodes induisant des états modifiés de conscience, sans consommation de substances : méditation, yoga, tantrisme, respiration holotropique, rebirth, prière, tambour chamanique, etc.

Pour Grof (1988) les expériences transpersonnelles peuvent être classées en trois catégories :

- le dépassement des limites spatiales habituelles, ou des limites de ce que le philosophe-théologien Alan Watts appelle « l'ego prisonnier de sa peau » ;
- le dépassement des limites habituelles du temps, avec passage au-delà du temps linéaire pour un temps où passé, présent et futur peuvent coexister dans le « maintenant » ;
- la troisième catégorie est encore plus étrange ; elle implique l'extension de la conscience à des mondes et dimensions que notre culture occidentale ne considère pas comme « réels » (rencontres avec des êtres archétypaux, des paysages mythologiques, des esprits désincarnés, des dieux et démons, des habitants d'univers parallèles, etc.).

Les professionnels de santé qui se retrouvent en présence d'un sujet en train de vivre ou ayant vécu des expériences extraordinaires induites par un hallucinogène, peuvent trouver dans la psychologie transpersonnelle un cadre théorique capable d'aider les sujets à interpréter et à donner sens à leurs expériences en état non ordinaire de conscience, que celui-ci soit lié ou non à la prise de psychédéliques. (Charles Tart, Ken Wilber ou Stanislav Grof).

Toutefois, il est important de ne pas se contenter d'une énumération descriptive des phénomènes transpersonnels, et de s'intéresser aux changements sous-jacents des processus cognitifs et de l'organisation de la conscience. Le professeur de psychologie cognitive Benny Shanon (2002) a présenté les variations des onze paramètres structuraux de la conscience qui se manifestent lors d'un état modifié de conscience lié à la prise d'ayahuasca. Ces variations peuvent en fait être retrouvées avec toutes les substances psychédéliques.

Variations des onze paramètres structuraux de la conscience lors d'un état modifié de conscience

Propriété mentale

Normalement tout le matériel mental vécu et généré par une personne est ressenti par elle comme lui appartenant en propre. Avec l'*ayahuasca*, les gens ressentent parfois leurs pensées comme n'étant pas les leurs. Souvent cela s'accompagne d'une forte impression de télépathie.

☞

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

☞ **Identité personnelle**

Un aspect élémentaire de la conscience est de posséder une identité personnelle bien définie : « je suis moi » est axiomatique ; avec l'*ayahuasca* cela peut ne plus être le cas ; on peut avoir l'impression de prendre l'identité des personnes que l'on regarde, ou vivre soi-même une métamorphose, comme par exemple la transformation des chamanes en jaguar ; on appelle cela du *body-shifting* (changement de corps).

Unité

Normalement les gens ressentent qu'ils ont une identité cohérente et leur vie mentale s'assemble en un tout unifié ; mais la conscience peut être divisée et on peut tout à la fois avoir son identité habituelle en même temps qu'une autre identité. Dans notre culture cela s'appelle « trouble de personnalité multiple ». Mais dans le contexte amérindien de l'*ayahuasca*, la capacité de maintenir une double identité est considérée comme une caractéristique essentielle chez un chamane compétent. L'expérience consiste alors à être dans deux mondes à la fois en étant à la fois soi-même et, en même temps quelqu'un ou quelque chose d'autre ; la division interne peut aussi être d'ordre perceptif : on peut constater une division de son champ visuel, et d'un côté du champ, avoir des visions intenses, alors que de l'autre côté on continue à percevoir le monde de la réalité ordinaire.

Limites internes et différentiation des états de conscience

Avec l'*ayahuasca*, les frontières entre la réalité interne et externe peuvent se dissoudre. Le sujet peut ressentir que son « Je » se mélange avec celui des autres, qu'il s'immerge lui-même dans le monde et qu'il s'unifie avec lui, qu'il n'y a plus de distinctions nettes entre son monde mental interne et ses perceptions du monde extérieur. De même, le contraste ou la différentiation entre les différents états mentaux peut disparaître momentanément. Il peut s'avérer très difficile de savoir si l'on est en train de percevoir ou de se souvenir, si l'on est en train de percevoir ou d'imaginer, si l'on est en train de penser ou de percevoir les pensées des autres.

Individuation

Mis ensemble, l'unité du soi et ses frontières définissent l'individuation d'une personne ; parfois, avec l'*ayahuasca*, la notion de soi individuel se dissipe, et pourtant la conscience est maintenue. Le sujet sent qu'il est connecté à, ou intégré dans, une sorte de « super-conscience ». La non-individuation de la conscience peut aussi se manifester dans l'effacement de la distinction entre l'individu et les autres êtres humains ; en conséquence, l'individu peut sentir que son identité n'est pas définie individuellement mais plutôt en terme groupal ;

☞

☞ ainsi l'identification profonde avec les autres participants d'une séance d'*ayahuasca* est un phénomène commun.

La calibration

Habituellement, nous vivons comme une évidence que notre corps possède un certain poids, une certaine taille, un positionnement particulier dans l'espace, etc. Sous les effets de l'*ayahuasca*, tout cela peut changer ; par exemple, nous pouvons sentir notre corps plus grand, plus léger, ou plus lourd, et ainsi de suite ; cela peut rappeler les expériences d'Alice au pays des merveilles ! Même le champ intérieur de vision (l'espace interne vécu les yeux fermés) peut être significativement agrandi.

La localisation de la conscience

Où la conscience est-elle située ? Habituellement, les gens la localisent dans leur tête ; certaines personnes, dans d'autres cultures, la situent dans leur cœur ou dans leur ventre ; en tout cas, dans leur corps physique. Avec l'*ayahuasca*, les perceptions changent ; par exemple sous forme de sortie hors du corps, ou le soi se dissocie du corps et peut même percevoir le corps depuis l'extérieur.

La perception du temps

Le temps, tel que nous le vivons subjectivement d'ordinaire, possède une certaine vitesse d'écoulement. L'*ayahuasca* peut l'accélérer ou le ralentir. Elle peut aussi en rompre la linéarité ; elle agit alors comme une sorte de « machine à voyager dans le temps » par laquelle on peut observer le passé et les événements futurs, comme s'ils prenaient place dans le présent.

La conscience de soi

Un reste de conscience de soi peut toujours être préservé, même lorsque toutes les autres facettes de la conscience sont altérées ; aussi haut que l'esprit puisse s'envoler, le soi reste capable de maintenir une distance et de prendre conscience de l'état particulier dans lequel on est, et de ce qui y surgit.

L'intentionnalité

Habituellement, celle-ci est considérée comme la caractéristique essentielle de la conscience ; et pourtant il existe des états de conscience où cette caractéristique peut manquer ; dans de tels états, la pensée ne se dirige vers aucun objet, et aucun contenu n'occupe l'esprit. Les mystiques traditionnels ont parlé de cet état comme « le Vide », « l'Un », « l'Infini ». Les modernes parlent de « conscience cosmique » (Bucke, 1901-1991), de « conscience océanique » (Parsons, 1999), et de « pure conscience » (Stace, 1961).

☞

© InterEditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

☞ **La connexion, la connaissance, et l'attribution du statut de réalité**

La frontière et la séparation entre soi et le monde se dissolvent, conduisant à des sentiments de très profonde empathie envers les autres êtres ; beaucoup de consommateurs d'*ayahuasca* ont un sentiment accru de réalité et attestent que ce qu'ils voient grâce à la plante semble « plus réel que la réalité ordinaire » ; phénoménologiquement, cela provient de l'intensification des qualités sensorielles des perceptions et des visions, ainsi que des pensées qui les accompagnent ; ce sentiment est si fort et évident qu'il peut amener à l'évaluation, très commune avec l'*ayahuasca*, que ce que l'on voit et pense pendant les effets de la plante définit le réel, alors que le monde habituellement perçu est en réalité une illusion. L'expérience de connexion est souvent associée à une sensation « noétique », de connaissance profonde, ce qui veut dire que l'on se sent initié au vrai savoir, c'est-à-dire que la connaissance acquise est vécue comme ultime et vraie ; et ceci non pas par les voies de l'analyse et de la réflexion, mais plutôt par un contact direct, voire une identification, avec les objets à connaître. Ce mode de connaissance correspond très exactement avec le mode intuitif de connaissance décrit par le philosophe Spinoza, que ce dernier caractérise comme la forme la plus haute de connaissance qui puise être atteinte (Spinoza, 1670-1989) ; quand on demande aux sujets : « Comment savez-vous que ce que vous a fait voir l'*ayahuasca* est réellement vrai ? », la réponse habituelle est : « Je l'ai juste ressenti », « Je vis cela comme une évidence, c'est tout ».

Contexte, cadres d'utilisation traditionnel et rituel des psychédéliques

La caractéristique principale des expériences extraordinaires survenant sous psychédéliques est que l'on peut s'y préparer à l'avance, puisque c'est le sujet lui-même, qui, en déterminant le moment de la prise, provoque leur apparition au moment où il le désire.

Il existe un cadre qui attire aujourd'hui de plus en plus d'Occidentaux précisément parce que propice à la production et l'exploitation des phénomènes extraordinaires : le cadre chamanique et la place prédominante qu'il accorde aux rituels.

Toutefois, la mode actuelle est en train de créer un « tourisme » d'un genre nouveau ayant pour conséquence de voir apparaître un nombre important de prétendus chamanes proposant la prise de psychotropes puissants comme l'ayahuasca sans aucune formation

adéquate. Ces pratiques ne sont pas sans danger, à plus forte raison quand elles sont proposées par des tour operators ! Nous les déconseillons vivement et invitons les personnes qui désireraient faire ce genre d'expérience à se tourner vers la littérature existante (voir bibliographie).

Au-delà de ces pratiques répréhensibles et dans un cadre traditionnel reconnu, les connaissances et savoir-faire issus des pratiques chamaniques constituent des références incontournables pour guider l'explorateur intérieur. Le chamanisme constitue la technologie la plus ancienne, la plus développée et la plus complète, pour une utilisation appropriée des substances psychédéliques à hautes doses.

Dans un cadre traditionnel, l'accent est mis sur l'importance capitale du cadre interne (prédispositions et préparation psycho-affective) et externe (environnement matériel et relationnel, qualité de l'accompagnement), ce que les Anglo-Saxons appellent *set and setting*. Une structure rituelle constitue en effet, par essence, un arrangement conscient du cadre pour atteindre les buts fixés conjointement par le chamane et le patient ou l'initié. Le *set and setting* redécouvert par les chercheurs psychédéliques est en fait une version « moderne », et encore bien pâle, du savoir chamanique et des rituels élaborés par les sociétés anciennes. Le chamanisme, lorsque les conditions le permettent, propose un cheminement contrôlé qui permet de s'introduire dans ces espaces inconnus et d'en revenir sain et sauf. Et il est une des rares techniques qui embrasse le niveau spirituel.

Les psychédéliques ont joué un rôle important dans toutes les sociétés pré-industrielles. Ces cultures ne connaissaient pas de problèmes liés aux toxicomanies, parce que toute substance utilisée était traitée avec révérence et prise de manière ritualisée, sacrée, et socialement approuvée, le plus souvent sous la guidance d'un chamane qui était à la fois un prêtre et un « docteur » (guérisseur) *medicine-man*. Mabit (2001) rappelle, à cet égard, que la prise de substances psychédéliques doit s'inscrire à l'intérieur de dispositifs thérapeutiques qui proposent un cadre de contention temporaire et un cadre d'intégration symbolique authentique, auxquels participent thérapeute et usagers, comme pendants de la ritualisation et du cadre culturel retrouvés dans les pratiques chamaniques. Nos « rituels thérapeutiques modernes » devront eux aussi savoir inclure et

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

mobiliser des formes symboliques universelles, afin de mettre en jeu les mécanismes indispensables à la contention et à l'intégration des expériences allant « au-delà », dans les domaines archétypaux et transculturels. Le soutien, la connaissance et la vision du monde (cosmogonie), apportés par la culture traditionnelle permettent d'utiliser, à des fins thérapeutiques, d'enseignement ou de divination, les effets physiques et psychiques de la substance.

Comme le soulignent Sueur et coll. (1999), en l'absence d'une « géographie de l'imaginaire », qui est le propre des représentations chamaniques et qui « organise » les voyages « hors corps » du chamane, que se passe-t-il lors de la prise d'hallucinogènes, pour des sujets qui voyagent « sans aucune carte », ni point de repère ? En effet, sans rituels, et sans grille d'interprétation des phénomènes vécus (cosmogonie transmise depuis la naissance chez les peuples traditionnels), les effets des psychédéliques ne peuvent être maîtrisés, acceptés et compris : on les appelle alors improprement « des hallucinogènes » parce que l'on ne perçoit pas à quel niveau de réalité non ordinaire correspondent les phénomènes qu'ils permettent. Le psychédélique ne peut pas alors être utilisé pour le soin ou l'apprentissage. On conçoit ici toute l'importance du soutien et de la compétence culturelle pour gérer, diriger, puis intégrer dans la vie quotidienne ainsi que dans le fonctionnement de la conscience ordinaire, les effets de ces substances.

Dans la culture chamanique, les « autres mondes », visités avec ou sans plantes hallucinogènes, sont perçus comme vivants, actifs, remplis de conscience(s), et ne sont pas considérés comme de simples objets d'exploration et de curiosité. Rentrer en relation avec ces mondes implique un certain risque pour l'intégrité physique, psychique, ou spirituelle de la personne. Les peuples indigènes se sont dotés de concepts et d'outils mythologiques, de légendes et d'histoires, qui leur permettent de classer immédiatement leurs expériences transpersonnelles et de les intégrer dans un cadre culturel et mental cohérent, aussi bien pour eux-mêmes que pour leur groupe de référence. Les membres de ces communautés ethniques bénéficient d'espaces rituels au sein desquels ils peuvent apprendre comment entrer en relation avec le monde de l'invisible ou le monde des esprits, de manière à obtenir des réponses et des informations utiles. Sous la guidance d'un maître expérimenté dans

l'induction des états modifiés de conscience, ils suivent un processus initiatique qui leur permet d'enrichir leur exploration de l'au-delà, avec la capacité d'intégrer à leur vie quotidienne les enseignements acquis pendant le « voyage » (Mabit, 2007).

Dans les sociétés traditionnelles, le rite acquiert une place encore plus importante que la prise de substance, le fait le plus important étant l'aménagement de la cosmologie par le rituel. « Le rite apparaît alors en réalité comme une assurance contre l'impondérable, l'imprévu, l'aléatoire et l'indétermination » (il permet alors un « encadrement » des effets du psychotrope et limite ainsi les risques de « dérapage » psychique). Les rites créent du lien social, autant qu'ils participent à structurer la pensée et à « lier » l'angoisse existentielle. Les rites structurent aussi bien la société que le sujet lui-même, intégré dans cette société, « encadré » dans ces représentations.

Le rituel joue le rôle salutaire de bien différencier les états de conscience pour permettre d'y entrer et d'en sortir plus facilement et en toute conscience. En effet, l'expérience fréquente d'états modifiés de conscience pourrait créer des problèmes lors du retour à la « réalité ordinaire », si la ligne de démarcation entre les différents états commençait à s'estomper. Le manque de frontières entre les différentes « réalités », leur interpénétration mutuelle, puis leur confusion, peuvent être source de problèmes psychologiques non négligeables. Le rituel assure aussi l'assimilation, par la conscience ordinaire, des données acquises dans l'état modifié de conscience. Avec le rituel, le sujet n'est pas dissocié, contrairement à ce qui se passe dans les pratiques addictives, où il est facile de provoquer un voyage de « ce monde » à « l'autre monde », sans assurer cependant le retour dans la réalité ordinaire. Le sujet court alors le risque de laisser une partie de sa conscience piégée dans « l'autre monde » et la « descente » peut devenir une phase très difficile. Le rituel, dans son ordonnancement, permet de se sentir unifié et en paix à la fin d'une expérience psychédélique, la conscience est enrichie, amplifiée, et sans effets dissociatifs.

La Native American Church avec son utilisation religieuse du *peyote* (cactus à mescaline) fournit un exemple très intéressant sur l'importance des modèles chamaniques et le besoin d'être attentif au cadre, à l'intention, la préparation, et l'intégration, ainsi qu'au sentiment d'appartenance à un groupe social soutenant. Il

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

illustre bien comment une cérémonie groupale, focalisée sur la prière pour atteindre des objectifs spécifiques, permet de réduire le stress psychologique inhérent à la prise d'un psychédélique et de structurer l'expérience individuelle. Survenant dans un cadre validé socialement, la dissolution des limites de l'ego n'apparaît plus effrayante mais au contraire permet à l'individu de s'identifier au groupe social plus large. Bergman (1971) souligne que les émotions habituellement réprimées deviennent possibles à exprimer grâce au *peyote* dans les réunions religieuses. Alors que de telles émotions pourraient créer de la panique ou une réaction psychotique, la structure des réunions permet de canaliser soigneusement les émotions dans des directions qui contribuent en fait à renforcer le psychisme de l'individu. Bergman identifia plusieurs facteurs permettant de produire, selon lui, une telle canalisation. Certains de ces facteurs cruciaux consistent en une attente positive entretenue chez les consommateurs du *peyote* (peyotistes), un accent mis sur les relations interpersonnelles réelles plutôt que sur le monde intérieur de l'individu, une importance attribuée à la communion plutôt qu'au retrait pendant l'expérience psychédélique, la prépondérance accordée à l'adhésion aux valeurs de la société plutôt qu'à la libération des impulsions et certaines pratiques lors de la réunion.

Les peyotistes considèrent le *peyote* comme une médecine puissante et bénéfique. Les réunions sont tenues avec des objectifs bénéfiques, de soin ou autres, et le guérisseur (le *road man*) est considéré à la fois comme un médecin et comme un prêtre. La majeure partie de la réunion est consacrée à prier et parler pour les bénéfices attendus du *peyote*. Comme dans toute psychothérapie, ces attentes semblent être un facteur influent important. Les réunions mettent en œuvre l'esprit même de la religion, c'est-à-dire la communion avec Dieu et avec les autres hommes. Celles-ci sont ainsi vécues comme l'occasion de devenir de plus en plus proches les uns des autres. Si une personne y exprime une émotion très forte, ceux qui la partagent le lui diront. Si quelqu'un est en train de perdre un ancien aspect de son identité, il peut en même temps gagner une identité plus solide en tant que membre du groupe. En tant que membre d'une église, chacun est assuré de sa propre importance et du soutien du groupe pour ses propres besoins d'affirmation dans le monde extérieur.

Les réunions sont conduites de manière stricte et organisée. Les distorsions des perceptions temporelles sont contrées par les différentes étapes du service religieux, qui prennent place à des moments précis de la nuit. Presque tout est fait d'une manière ritualisée nécessitant l'attention aux détails des mouvements et des paroles. Le tambour, le cérémonial du tabac, et l'utilisation d'autres objets importants se déroulent uniquement d'une certaine façon. Les déplacements dans le lieu rituel se font seulement dans une certaine direction. Tous ces détails font l'objet d'un investissement émotionnel profond et certains peyotistes disent que cela leur permet de continuer à « penser de la bonne façon ». Le rituel est vécu comme apportant beaucoup de beauté à la cérémonie.

Le guérisseur fait attention aux participants qui se mettent trop en retrait. Si l'un deux commence à avoir un regard vague, fixant le feu, et semblant inconscient de la présence des autres, le *road man* va lui parler pour éventuellement, si nécessaire, prier avec lui. En même temps, il pourra l'éventer d'une plume d'aigle, faire couler quelques gouttes d'eau sur lui, ou répandre une fumée d'encens de cèdre autour de lui. Tous ces procédés, perçus comme sacrés et utiles, fournissent une stimulation sensorielle pour ramener le participant dans le monde interpersonnel. Une autre procédure de sécurité est liée au fait que personne n'est autorisé à quitter le lieu de la cérémonie avant qu'elle ne soit achevée. Tout est fait pour éviter qu'une personne ayant consommé du *peyote* ne s'aventure seule dans la nuit. Dans le même sens, au petit matin, la plante ayant terminé son effet, tout le monde demeure ensemble afin de renouer des liens sociaux. Il faut noter que l'on assiste actuellement au développement de modèles mêlant techniques chamaniques et psychothérapeutiques, empruntant à la fois à la psychologie occidentale et aux pratiques de l'extase des sociétés traditionnelles. Metzner (2004), au sujet des pratiques de l'*ayahuasca*, distingue quatre cadres différents d'utilisation :

- le cadre traditionnel chamanique, qui fonctionne à l'intérieur d'une conception du monde radicalement différente de l'occidentale ;

© InterEditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

- les études avec des tryptamines psychédéliques (comme l'*ayahuasca*) comme adjuvants à la psychothérapie à l'intérieur d'un modèle médical occidental ;
- les églises syncrétiques brésiliennes (UDV, Santo Daime, Barquinia), qui considèrent l'*ayahuasca* comme leur sacrement et l'utilisent dans le cadre de la dévotion et de la construction communautaire ;
- les rituels hybrides, chamanistico-psychologiques, conduits pour la plupart en Europe et en Amérique du Nord, qui respectent certaines des procédures fondamentales des traditions chamaniques, mais rajoutent des éléments psychologiques à la préparation et à l'intégration.

PATHOLOGIES

« Crise chamanique »

David Lukoff observe que le chamanisme a été autrefois assimilé à la schizophrénie par les anthropologues car le chamane décrit ses expériences d'états modifiés de conscience comme étant « réelles ». Tout comme la personne en épisode psychotique, le chamane accède à des expériences spirituelles et des états modifiés de conscience. Alors que le chamane est entraîné à travailler dans le monde spirituel, le psychotique s'y perd.

Dans de nombreuses traditions, l'épisode psychotique sert de trouble initiatique qui représente un appel au chamanisme, comme l'écrit Mircea Eliade :

> « Le futur chamane prend parfois le risque d'être pris pour un "fou"..., mais sa "folie" remplit une fonction mystique ; elle lui révèle certains aspects de la réalité qui sont inaccessibles aux autres mortels, et c'est seulement après avoir pénétré ces dimensions cachées de la réalité que l'"homme fou" (*madman*) devient chamane. »

Quand le sujet accepte l'appel et devient chamane, sa maladie disparaît. L'auto-guérison d'une psychose est à ce point typique du chamane que certains anthropologues ont estimé que quiconque ayant vécu cette expérience ne devrait être décrit que comme un guérisseur.

Les cultures traditionnelles distinguent la maladie mentale grave de la crise initiatique vécue par les apprentis chamanes. Les anthropologues soulignent que le balbutiement de mots confus, la manifestation de comportements alimentaires curieux, le fait de chanter continuellement, de danser frénétiquement et d'être tourmenté par des esprits, sont des éléments fréquents des crises initiatiques chamaniques. Mais dans ces cultures, ces signes sont interprétés comme l'indication d'un destin de chamane plutôt que comme un trouble mental. Si la crise survient dans le contexte approprié, le chamane en revient non seulement guéri, mais capable de guérir les autres.

La crise chamanique selon Holger Kalweit

Holger Kalweit décrit la crise chamanique comme « une maladie qui est comprise comme un processus de purification, comme le point de départ d'une sensibilité psychique décuplée donnant accès aux potentiels supérieurs et cachés de l'existence humaine, marquée par des caractéristiques très différentes de celles attribuées aux états pathologiques par la médecine et la psychologie modernes, dont les conséquences sont seulement négatives. Selon le point de vue moderne, la maladie perturbe et met la vie en danger, alors que le chamane éprouve sa crise comme un appel à restructurer sa vie propre afin de l'entendre, la voir et la vivre plus pleinement et complètement dans un état supérieur de conscience et d'attention ».

Diagnostic différentiel d'avec la psychose

Nous pouvons constater que dans une expérience psychédélique la lucidité conservée, les capacités d'analyse et de réflexion philosophique présentes au sein même de l'expérience, ainsi que le sentiment d'en ressortir avec une compréhension plus riche et approfondie de la réalité, constituent des caractéristiques essentiellement différentes de celles de l'expérience si traumatisante qu'est l'épisode psychotique.

Les notes d'échelles de mesure des symptômes de la psychose peuvent être élevées lors d'une prise de psychédéliques, sans évoquer une expérience psychotique. Cela révèle simplement le manque de sensibilité et de discrimination des instruments de mesure utilisés, incapables de faire la différence entre une hallucination et une vision par exemple, ou entre l'accès à de nouvelles informations et une idée délirante. Certaines de ces échelles d'évaluation mentale peuvent contenir, dans leurs items, le vécu de telles expériences,

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

celles-ci entrant alors dans la formation de la note totale de « psychopathologie » évaluée par l'échelle. On comprendra donc que l'utilisation de ces échelles ne permettra pas forcément de faire la différence entre expériences extraordinaires survenant chez une personne saine et celles survenant dans le cadre d'une psychose déjà avérée (voir chapitre 2).

Il existe une différence de contexte entre les psychoses et les expériences « non ordinaires » sous psychédéliques. L'important ne se situe pas dans la particularité de l'état de conscience mais dans l'attitude du sujet qui s'y trouve. Selon qu'il se sente maître de l'expérience ou qu'il en devienne le jouet, cela peut faire toute la différence. Dans le chaos, le malade psychotique est ballotté par l'expérience ; effrayé, il est enclin à combattre et lutter et ses efforts s'avèrent vains. La personne saine reste consciente que les processus en jeu sont liés à la substance, même si parfois elle peut avoir temporairement l'impression que l'expérience n'aura pas de fin ou la conduit vers la mort par exemple. Tout en faisant l'expérience de modifications radicales de la conscience, elle va apprécier les nouvelles expériences qui se présentent à elle, et, tout en ressentant crainte et étonnement, voire frayeur, elle va continuer à les explorer. La différence entre un chamane et un psychotique, c'est que le premier maîtrise parfaitement le passage d'un mode de conscience à l'autre et peut entrer et sortir à volonté des états modifiés de conscience qu'il provoque à des fins utilitaires.

Le contrôle de la réalité reste bien en place avec un minimum d'expérience des hallucinogènes, et l'effet psychédélique est activement recherché par le sujet. La psychose n'est ni volontaire ni désirée. Les agents hallucinogènes, lorsqu'ils sont pris dans des cadres appropriés et de manière responsable, induisent un état mental cohérent accompagné d'un sentiment d'ordre intérieur et de croissance personnelle (Frecska, 2007).

Notons aussi qu'un symptôme particulièrement essentiel dans la psychose est absent (sauf maladie préexistante sous-jacente) dans l'expérience psychédélique : ce sont les hallucinations auditives malveillantes (des voix disant du mal du sujet qui les entend ou des gens qui l'entourent) (Jansen, 2004).

À la différence de la psychose, l'expérience psychédélique (quand elle est encadrée bien sûr) peut être structurée et pleine de sens.

Quand le sujet en dépasse les aspects difficiles, l'expérience peut être gratifiante et inspirante. Rien de cela ne peut être dit à propos de la psychose.

Le terme « hallucinogène » est probablement l'un des plus populaires pour désigner les substances psychédéliques. Il met uniquement l'accent sur l'élément perceptuel de la réponse à ces substances. Un hallucinogène n'est donc censé induire que des hallucinations, c'est-à-dire des illusions de perceptions, des perceptions imaginaires sans objet réel. Citons David Nichols (2004), professeur de pharmacologie à l'université de Purdue (États-Unis) :

> « Le terme hallucinogène a été créé originellement dans l'idée que ces substances produisent des hallucinations, un effet, cependant, qu'elles ne provoquent pas habituellement, au moins aux doses typiques. Donc ce terme est erroné. »

Si les visions liées à la prise de psychédélique étaient de simples retombées d'une hyperstimulation du néo-cortex (des « hallucinations » selon la conception « scientifique »), elles ne seraient pas aussi complexes, organisées, structurées, pertinentes et pleines de sens pour ceux qui en font l'expérience. En médecine, les hallucinations qui surviennent dans le cadre d'une psychose sont essentiellement de nature auditive. Quand des hallucinations visuelles se manifestent, c'est principalement dans des cas d'atteintes toxiques du cerveau, et accompagnées d'un état de grande confusion mentale. Or, dans l'expérience des visions sous psychédélique, le sujet conserve simultanément une conscience étonnamment claire et reste tout à fait capable de tenir compte des autres aspects de la réalité. De fait, les Occidentaux qui ont expérimenté ces substances diront avoir ressenti « des modifications de la conscience de soi et une transformation des rapports avec le monde », sans désorientation temporo-spatiale (à n'importe quel moment de l'expérience, si on le lui demande, la personne sous psychédélique saura dire où elle se trouve, et quelle est la date du jour par exemple). Pour Jan Kounen (2008), la substance va « permettre de pénétrer des mondes qui sont plutôt des visions que des hallucinations, dans le sens où elles ont une cohérence. Ce n'est pas une réalité déformée ; c'est une autre réalité complète qui se superpose à la réalité, qui, elle, reste la réalité ordinaire ».

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

« Hallucinogène » est certainement le terme qui fait le plus peur aux gens parce qu'il colporte l'idée erronée que les psychédéliques entraînent la personne dans des univers artificiels, de nature délirante, sans possibilité de contrôle de sa part et sans aucune valeur de vérité ou de connaissance. Il s'oppose au terme de « substance visionnaire », qui, lui, implique que le consommateur peut percevoir (avec de réels bénéfices) des nouvelles réalités jusqu'alors inconnues, que ce soit à l'intérieur de lui (origine psychologique des visions) ou à l'extérieur de lui (aspect transcendantal).

RÉPONSES THÉRAPEUTIQUES

Comment faire face à une expérience qui se passe mal ?

Lorsqu'une personne prend un psychédélique dans de mauvaises conditions, elle peut vivre des expériences très effrayantes ou perturbantes, qualifiées de *bad trip*. Si elle ne reçoit pas une aide appropriée sur le champ, elle pourra en garder des séquelles psychologiques. Par contre, si quelqu'un l'assiste et l'aide à élaborer les émotions très perturbantes qu'elle est en train de vivre, sans chercher à la ramener de force à la réalité, alors s'offre l'opportunité d'une croissance personnelle. Le travail devient celui d'une « maximisation des bénéfices » plutôt que celui d'une « réduction des dégâts ». L'intervention « en urgence » du professionnel de santé peut être compliquée par plusieurs facteurs :

- l'accompagnant et le « patient » n'ont pas eu le temps de se connaître et de développer une relation de confiance préalable ;
- il n'est pas du tout sûr que le patient ait bien été informé et préparé aux effets de la substance, ni qu'il ait développé des intentions positives avant son utilisation ;
- on ne sait pas vraiment quelle substance il a pris, à quelle dose, et si elle a été mélangée à d'autres produits ;
- on ne connaît pas son état de santé médical ou psychiatrique préalable.

La première question que doit se poser le professionnel de santé face à un *bad trip* est : « Y a-t-il un risque médical ? » Seul un

professionnel de santé est qualifié pour juger de cette situation et les conseils qui suivent ne doivent en aucun cas être suivis par une personne qui ne soit pas qualifiée**.** Il y a très rarement risque médical, car les risques liés à l'usage sauvage de psychédéliques sont essentiellement psychologiques avec certaines exceptions présentant un risque vital :

- l'hyperthermie majeure provoquée par la MDMA, lorsqu'elle a été associée à la prise d'alcool et à une déshydratation (surtout lorsqu'un sujet a dansé toute la nuit dans une ambiance surchauffée) ;
- la prise de kétamine par voie intraveineuse, injectée trop rapidement chez un sujet ayant aussi consommé de l'alcool et des médicaments dépresseurs du système respiratoire (benzodiazépines ou barbituriques par exemple) ; le risque est ici la mort par arrêt respiratoire ;
- un toxicomane ayant pris de l'héroïne en même temps que de l'*iboga* risque lui aussi la mort et il faut de toute urgence appeler le SAMU ;
- une personne ayant pris de l'*ayahuasca* alors qu'elle est sous antidépresseurs IMAO risque un grave syndrome sérotoninergique et doit impérativement être mise sous surveillance médicale.

Si vous n'êtes pas professionnel de santé, que vous assistez par hasard à une expérience psychédélique qui a mal tourné, et que vous avez appelé un médecin généraliste qui confirme qu'il n'y a pas danger physique (comme une détresse cardiaque ou respiratoire), cas, répétons-le encore, de loin le plus fréquent mais ce diagnostic doit obligatoirement être posé par un professionnel de santé, il est recommandé de créer un endroit sûr, une *safe place* comme le disent les Anglo-Saxons, où le sujet en difficulté pourra se retrouver seul avec l'accompagnant. Un endroit qui soit calme, à l'abri des bruits ou du passage, où le « patient » puisse s'asseoir ou s'allonger confortablement. Un tel endroit peut être créé n'importe où, mais il est préférable de trouver un lieu tranquille, chaleureux et confortable. L'essentiel, dans l'urgence, est déjà que la personne soit soustraite aux bruits désagréables et aux interactions inopportunes (Davies et Mojeiko, 2008).

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Dès que le sujet est mis en sécurité, les questions suivantes devront lui être posées : « Quelle substance avez-vous pris ? à quelle dose ? à quelle heure l'avez-vous prise ? » (permet de savoir si le sujet est en phase de descente ou de montée, si vous connaissez assez la substance), « Avez-vous pris d'autres substances, d'autres médicaments, ou de l'alcool ? ».

Il peut être utile de rappeler à quelqu'un vivant une expérience difficile que des centaines de milliers de personnes ont utilisé des psychédéliques avant lui, dans beaucoup de contextes différents, parfois défavorables, et en sont revenues indemnes. Même les comportements les plus effrayants et bizarres, lorsqu'ils sont explorés et élaborés, peuvent finir par être bénéfiques et éclairants. La réussite de votre travail d'accompagnant suppose d'ailleurs que vous aussi fassiez confiance à la sagesse inhérente au corps et à l'esprit, ainsi qu'à leurs capacités d'autorégulation et d'auto-guérison. Soyez juste avec la personne, écoutez et observez, sans réprimer ni juger. Portez toute votre attention à laisser l'autre s'exprimer et communiquer tout ce qu'il veut, même si vous ne comprenez pas ce qui est en train d'arriver. Vous servez d'ancre, de centre de repos et de tranquillité. Vous savez que votre présence est utile. À ce moment précis, vous n'avez pas besoin de résoudre tous les problèmes et de répondre à toutes les questions soulevées par l'expérience. Faites attention au langage corporel pendant que vous écoutez ce qui a été exprimé verbalement. Suivez l'expression de la personne. Si elle a beaucoup d'énergie, laissez l'énergie bouger, laissez-la s'exprimer sous n'importe quelle forme : tremblement incontrôlé, postures de yoga, danse, hyperventilation ou mouvements ritualisés. Si la personne veut parler, et que les sons sortent de manière incontrôlée, soutenez-en l'expression. Cela peut être des prières provenant de traditions spirituelles variées, des histoires et souvenirs oubliés depuis longtemps, du charabia, des sons d'animaux, ou des phrases en boucle (répétant toujours les mêmes mots), des lamentations, des pleurs ou des cris.

Répondez quand cela est nécessaire, mais ne cherchez pas à prendre le contrôle, cherchez plutôt à vous engager dans une conversation calme, répondant à la peur et à l'anxiété. La réponse la plus appropriée à une crise psychédélique intense peut être de simplement s'asseoir tranquillement près de la personne, et de

lui faire ressentir qu'elle est en sécurité. La plupart du temps, les professionnels intervenant dans les raves parties n'ont rien d'autre à faire que de fournir une présence aimante, quelqu'un à qui parler ou une main à tenir.

Si la personne est « coincée » dans son expérience ou qu'elle demande une participation plus active de votre part, vous pouvez la rassurer et lui disant que :

- cela va passer, c'est juste un processus ;
- c'est une expérience par laquelle sont passés beaucoup d'autres gens ;
- il y aura du soutien après que cela soit fini.

Si la personne est vraiment coincée, il y a d'autres façons de répondre :

- marcher avec elle, en parlant ou non ;
- lui faire exprimer son expérience à travers des sons ;
- la laisser s'exprimer par des mouvements, un travail physique, le maintien de certaines postures, ou en laissant le corps aller ;
- faire un travail corporel sur elle, soit juste en la tenant (selon ses besoins) ou en la massant doucement ; toujours lui demander la permission pour tout contact physique ;
- certaines personnes ont déclaré qu'une des choses les plus réconfortantes qu'il soit est d'être enveloppé dans une couverture ;
- proposer à la personne de s'allonger, de mettre un masque pour les yeux, en étant dans un endroit sûr, en écoutant une musique agréable, pour aller à l'intérieur de son expérience ;
- si la personne est débordée par ses émotions l'aider à les exprimer.

Le plus important c'est d'aider à l'élaboration du vécu et non pas de chercher à ramener à tout prix la personne à la raison. C'est-à-dire que vous devez avoir l'intention d'aider les gens à explorer leur expérience difficile plutôt que de les pousser à agir normalement, ce qui n'est pas toujours souhaitable ni même possible. On donne à la personne la permission d'être là où elle en est, et même d'y aller plus profondément si elle le souhaite. Vous êtes alors un facilitateur, mais pas un guide, c'est-à-dire que ce n'est pas votre rôle d'essayer de guider ou de diriger l'expérience de l'autre. Soyez

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

présent mais ne cherchez pas à éloigner la personne de ce qu'elle est en train de vivre. Laissez votre présence communiquer un sentiment de sécurité. Laissez le contenu de l'expérience de la personne guider les questions ou les commentaires que vous pouvez faire. Si la personne est en détresse, vous pouvez l'aider à explorer tous les questionnements que son expérience est en train de soulever. Rester calme va aider à créer un sentiment de confiance. Cela veut dire que vous pouvez être utile juste en vous asseyant à côté de la personne, avec une présence soutenante et amicale. Ne connaissant parfois rien de l'histoire de la personne ni même des circonstances actuelles de sa vie, vous n'êtes pas en position de décider ce qui est le mieux pour elle. Laissez-vous guider par la direction que prend son expérience. La personne ne voudra pas forcément une « thérapie », et vous ne la forcerez pas à parler ou à faire quoi que ce soit. Pour les personnes qui demandent cependant une aide plus active, vous pouvez les encourager à rester en contact avec leurs émotions, en acceptant ce qui se présente, même si cela semble effrayant au début. Dans un environnement soutenant, ce qui semble un *bad trip* au départ peut être transformé en une expérience curative, parfois spontanément. Une partie importante de ce processus est l'intégration : il vous faudra passer du temps à parler avec la personne lorsqu'elle sera de retour de son expérience, en l'encourageant à écrire sur ce qu'elle a vécu, et en appelant un de ses proches (si la personne est d'accord) pour qu'il puisse continuer le dialogue et surveiller si tout se passe bien dans le décours. Il est important de laisser la personne sous psychédéliques explorer toutes ses émotions, pas seulement celles qui sont agréables et heureuses. Les conséquences négatives au long terme ont plus de risques d'apparaître lorsque la personne a cherché à éviter de se confronter à ses émotions négatives ou a tenté de les fuir. « Difficile » ne veut pas dire « mauvais ».

À ce titre, il faut éviter que la personne reçoive des neuroleptiques, comme c'est le plus souvent le cas si elle est amenée dans un service d'urgence. L'administration de cette classe de médicaments peut bloquer l'individu dans un vécu traumatique et empêcher le processus thérapeutique de poursuivre son cours. De même, si vous essayez de « distraire » la personne de ce qu'elle est en train de vivre, cela peut l'empêcher de tirer les bénéfices potentiels inhérents à son expérience, en termes de soin ou de développement personnel.

Elle a plus de chance de garder des problèmes psychologiques au long cours si elle résiste aux émotions désagréables au lieu de les reconnaître et de travailler à leur élaboration.

Si vous êtes médecin

Pour les cas où une réassurance est vraiment insuffisante pour gérer la détresse psychologique (le *bad trip*), l'intervention pharmacologique de choix est alors une benzodiazépine anxiolytique (O'Brien, 2006). Dans ce cas, une dose orale de 10 mg de diazépam est recommandée (Grinspoon et Bakalar, 1979), parce que ce produit a une rapidité d'action supérieure et une durée d'action plus courte que la plupart des autres benzodiazépines. La voie orale est préférable à l'injection, source d'anxiété potentielle pour les sujets.

Les médicaments antipsychotiques (rispéridone, olanzapine, et surtout halopéridol) doivent vraiment être évités car leurs effets peuvent être intenses, bizarres, et désagréables, provoquant des problèmes psychologiques ultérieurs (Grof, 1980).

Dans la mesure où un professionnel de santé qualifié est en mesure d'intervenir, le recours à un service d'urgence ne doit se faire qu'en « dernier recours », en cas de réaction (psychotique) difficile à gérer. En effet, le personnel des services d'urgence a beau être bien intentionné, son manque de formation vis-à-vis des effets des hallucinogènes peut lui faire poser des gestes conduisant à une aggravation et une prolongation de la détresse psychique. Tous les efforts possibles doivent être faits pour essayer de gérer les réactions psychologiques difficiles dans le lieu sécurisé de la séance, même si une intervention pharmacologique s'avère nécessaire. Un traitement pour l'hypertension aiguë (un béta-bloquant intraveineux) peut être utilisé pour pallier à l'élévation de la pression artérielle au-delà des critères de sécurité liés à l'état cardio-vasculaire de la personne.

Que faire pour aider une personne qui revient d'un séjour à l'étranger et semble ne pas encore avoir bien intégré son expérience psychédélique ?

Concernant le processus d'intégration, il faut distinguer deux aspects : d'une part, le suivi à court terme, pour s'assurer que le sujet n'a pas développé d'effets indésirables suite à son expérience psychédélique, et, d'autre part, le suivi au plus long terme pour continuer à élaborer et tirer profit du matériel psychique mis au jour par cette expérience.

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Le suivi à court terme

Comme pour toute expérience émotionnelle intense, qu'elle soit positive ou négative, les personnes ont souvent besoin de temps pour réfléchir sur les nouveaux schémas de pensées et les sentiments inhabituels survenus lors de leur expérience psychédélique. Étant donné la nature inhabituelle des expériences vécues sous psychédéliques, les personnes peuvent éprouver des difficultés à en discuter avec les gens de leur entourage ; ils peuvent se sentir plus à l'aise avec un thérapeute ouvert à ces sujets. Un premier rendez-vous permet de constater la présence ou non d'effets adverses persistants, y compris des anomalies de perception. Plus d'un entretien de ce type est alors nécessaire si le sujet éprouve des difficultés psychologiques concernant les pensées et sentiments rencontrés lors de son expérience.

Mais que faire dans les cas extrêmes, lorsque l'expérience psychédélique s'est mal passée et que le sujet en garde des « séquelles », par exemple de retour d'Amazonie après avoir consommé de l'*ayahuasca* dans de mauvaises conditions ? Le thérapeute peut avoir à gérer des symptômes plus lourds : impossibilité de parler de son expérience autour de soi qui entraîne solitude, ressassement, etc. ; problèmes liés à une rupture de diète, à un non-respect des rituels ; des « visions » mal vécues, avec la crainte (exceptionnellement fondée) d'un glissement dans la schizophrénie ; vécu de parasitage par des entités ; état général de malaise impossible à clairement cerner ; etc. Dans ces cas, il faudra souvent employer soit d'autres méthodes d'induction d'états modifiés de conscience (comme l'hypnose) afin d'accéder au matériel psychique traumatique et le retravailler, soit des thérapies corporelles et émotionnelles cathartiques pour modifier la « mémoire corporelle » de l'expérience, ou encore par exemple de l'EMDR pour directement nettoyer l'envahissement mental lié à certaines visions ou souvenirs d'horreur. Il s'agit là d'un travail important qui ne peut être réalisé que par des professionnels formés à ces méthodes.

Le suivi à long terme

Lorsque les gens n'arrivent pas à intégrer utilement le vécu de leur expérience psychédélique, deux pièges s'ouvrent devant eux (Vaughan, 2001) :

- ils peuvent réprimer l'expérience, la dénier ou prétendre qu'elle n'est jamais arrivée ;
- ils peuvent devenir « accros » à l'expérience et être plus intéressés dans le fait de la répéter que de tenter de changer la qualité de leur vie.

Comment les sujets transfèrent-ils les prises de conscience de l'expérience psychédélique dans leur réalité quotidienne ? Pour un certain nombre de personnes, il n'y a pas de changements perceptibles dans leur comportement extérieur. Des changements significatifs peuvent être cependant repérés dans leurs attitudes et leurs réactions émotionnelles en réponses aux situations. D'autres participants aperçoivent, au cours de l'expérience psychédélique, des choses qu'ils veulent changer dans leur vie. Ils procèdent alors de manière plus ou moins systématique pour produire ces changements (changements d'habitude alimentaire, nouveau choix de carrière, ou mise en place spontanée de pratiques spirituelles régulières, etc.). Souvent, les thérapeutes demandent aux sujets d'écrire un rapport détaillé de leur expérience (Pahnke et coll., 1970 ; Lilly, 1972), pour qu'ils puissent ensuite s'en servir comme d'un rappel et d'une référence, pendant que des changements dans la dynamique personnelle prendront place au cours de semaines et mois suivants. Le processus d'écriture peut ramener en mémoire des aspects oubliés de l'expérience et aider à résoudre certains de ses aspects émotionnels (Grof, 1994).

Sean House (2007) propose une distinction très intéressante entre deux phases successives : l'intégration proprement dite, et la phase de mise en application.

La phase d'intégration correspond ici à la facilitation des processus cognitifs qui permettront de donner un sens à l'expérience psychédélique et d'intégrer ses éléments signifiants dans le système de perception de soi et du monde du participant. Parfois une telle intégration survient spontanément, tous les aspects de l'expérience

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

étant bien compris puis assimilés dans les schémas de l'individu. Cependant, le plus souvent l'expérience est trop intense, trop dispersée, ou trop métaphorique, pour pouvoir être pleinement intégrée. Dans ce cas-là, il est recommandé d'aider la personne à voir comment les prises de conscience survenues lors de l'expérience psychédélique ont bel et bien un sens et une pertinence pour sa vie quotidienne.

La phase de mise en application constitue l'aspect comportemental du changement.

La mise en acte de ses prises de conscience nécessite d'agir de manière congruente avec ce qui a été appris. Cela implique la mise en place d'une pratique spirituelle ou psychologique au décours. Souvent cela prend la forme d'un engagement dans des nouveaux comportements (par exemple, dépasser ses propres jeux psychologiques) ou bien cela peut se traduire par une plus grande fréquence de comportements déjà existants (par exemple, agir de manière plus aimante envers soi ou ses proches). La mise en place de ces nouveaux comportements peut parfois requérir un effort de concentration pour soutenir le changement, comme dans la phase d'action du modèle trans-théorique de Prochaska et coll. (1994). D'autres fois, elle peut sembler spontanée, comme si une intégration psychologique s'était réalisée au niveau de conscience le plus profond et guide automatiquement les nouveaux comportements.

Il faut quand même s'attendre à devoir effectuer un certain « travail » après l'expérience psychédélique, pour changer réellement.

Pour s'informer

Le site d'Erowid contient de nombreux conseils pour faire face à une crise (*http://www.erowid.org/lang/fr/psychoactives/faqs/psychedelic_crisis_faq_fr.shtml*).
Un résumé des conseils spécifiques pour l'attitude à adopter dans cette situation est aussi illustré par une vidéo éducative en anglais, développée par MAPS, et disponible sur internet (*www.maps.org/wwpe_vid*).

BIBLIOGRAPHIE

BERGMAN R.L. (1971). « Navajo peyote use : its apparent safety », *American Journal of Psychiatry*, 128, 6, p. 695-699.

BUCKE R. (1901). *Cosmic Consciousness*, New York, Penguin Books, 1991.

CHAMBON O. (2009). *La Médecine psychédélique. Le pouvoir thérapeutique des hallucinogènes* , Paris, Les Arènes.

DAVIES J., MOJEIKO V. (2008). "Psychedelic harm reduction : Re-thinking the "bad trip" », communication personnelle.

ELIADE M. (1961). *Le Chamanisme et les Techniques archaïques de l'extase* (nouvelle édition corrigée et augmentée, 1974), Paris, Payot.

FRECSKA E. (2007). « Therapeutic guidelines : Dangers and contra-indications in therapeutic applications of hallucinogens », in M. Winkelman et T. Roberts (éd.), *Psychedelic Medecine : New Evidence for Hallucinogens as Treatments*, New York, Praeger.

GRINSPOON L., BAKALAR J. (1979-1981). *Psychedelic drugs reconsidered*, New York, Basic Books, 1997. Republié par The Lindesmith Center, New York (*www.lindesmith.org*).

GROF S. (1980). *LSD Psychotherapy*, Pomona (CA), Hunter House.

GROF S. (1988). *The Adventure of Self-Discovery-Dimensions of Consciousness and New Perspectives in Psychotherapy and Inner Exploration*, New York, State University of New York Press.

GROF S. (1994). *LSD Psychotherapy*, Alameda (CA), Hunter House.

HOUSE S. (2007). « Common processes in psychedelic-induced psychospiritual change », in M. Winkelman et T. Roberts (éd.), *Psychedelic Medecine : New Evidence for Hallucinogens as Treatments*, New York, Praeger.

JANSEN K. (2004). *Ketamine : Dreams and Reality*, MAPS, 2e éd.

KOUNEN J., NARBY J., RAVALEC V. (2008). *Plantes et chamanisme. Conversations autour de l'ayahuasca et de l'iboga*, Paris, Mama Éditions.

LILLY J. (1972). *The Center of the Cyclone : An Autobiography of Inner Space*, New York, Bantam Books.

MABIT J. (2001). « L'alternative des savoirs autochtones au "tout ou rien" thérapeutique », *Psychotropes*, 7, 1, p. 7-18.

MABIT J. (2007). « Ayahuasca in the treatment of addictions », in M. Winkelman et T. Roberts (éd.), *Psychedelic Medecine : New Evidence for Hallucinogens as Treatments*, New York, Praeger

METZNER R. (éd.) (2004). *Sacred Mushroom of Visions-Teonanacatl*, Rochester, Park Street Press.

METZNER R., ADAMSON S. (2001). « Using MDMA in Healing, Psychotherapy and Spiritual Practice », in Holland J. (éd.), *Ecstasy : The Complete Guide* (p. 182-207), Rochester (VT), Inner Traditions.

NICHOLS D. (2004)., « Hallucinogens », *Pharmacology and Therapeutics*, 101, 2, p. 131-181.

O'BRIEN C. (2006). « Drug addiction and drug abuse », in Brunton L., Lazo J., Parker K. (éd.), *Goodman and Gilman's the Pharmacological Basis of Therapeutics* (p. 607-627), New York, McGraw-Hill.

PAHNKE W., KURLAND A., UNGER S., SAVAGE C., GROF S. (1970). « The experimental use of psychedelic (LSD) psychotherapy », *Journal of the American Medical Association*, 212, p. 1856-1863.

PARSONS W. (1999). *The Enigma of the Oceanic Feelings : Revisioning the Psychoanalytic Theory of Mysticism*, Oxford, Oxford University Press.

PROCHASKA J., NORCROSS J., DICLEMENTE C. (1994). *Changing for Good*, New York, William Morrow & Co.

SHANON B. (2002). *The Antipodes of the Mind : Charting the Phenomenology of the Ayahuasca Experience*, Oxford, Oxford University Press.

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

STACE W. (1961). *Mysticism and Philosophy*, Londres, McMillan Press.

SUEUR C., BENEZECH A., DENIAU D., LEBEAU B., ZISKIND C. (1999). « Les substances hallucinogènes et leurs usages thérapeutiques. Partie 1. Revue de la littérature », *www.toxibaseorg,* dossiers « Thema », 4, p. 1-28.

9

LES EXPÉRIENCES PSYCHO-SPIRITUELLES

Djohar Si Ahmed

L'ENTRÉE de la catégorie « expériences psycho-spirituelles » dans le DSM-IV (Masson, 2003) a constitué une sorte de révolution dans le domaine de la nosologie psychiatrique. Les matériaux, éprouvés et témoignages de ceux qui rapportaient de telles expériences étaient jusque-là globalement rangés dans l'ordre ou plutôt dans le désordre de la décompensation psychotique. Il a fallu beaucoup de courage aux auteurs auxquels nous ferons référence dans cet article, pour sortir ce type d'expériences de la catégorie du délire, quand bien mêmes certaines d'entre elles relèvent réellement d'une telle problématique. Les expériences psycho-spirituelles sont donc au centre d'enjeux épistémologiques, psychiatriques et thérapeutiques. Elles ouvrent en effet à un monde dans lequel les repères habituels n'ont plus cours, où le dedans et le dehors ne sont plus clairement définis, les limites entre moi et non-moi s'estompent, des dimensions cachées du réel font soudain irruption et doivent pouvoir être authentifiées (et non déniées). Un monde dont la description par les expérienceurs présente toutes les caractéristiques d'un univers psychotique.

Si un thérapeute se doit d'être un *ambassadeur de la réalité*, ces expériences lui rendent la tâche singulièrement difficile. Ce chapitre mettra en lumière quelques-unes de ces difficultés, qui vont bien au-delà de tous les problèmes diagnostiques par ailleurs évoqués dans ce manuel.

QU'EST-CE QU'UNE EXPÉRIENCE PSYCHO-SPIRITUELLE ?

D'abord une définition de ces deux termes.

*Psycho***,** renvoie à la sphère psychique, autrement dit à ce qui concerne la psyché, le monde intérieur du sujet, son mode d'être au monde, son conscient, son inconscient, etc..

Spirituel dérive du latin *spiritus* (« esprit ») et renvoie selon *Littré* à « ce qui est de l'ordre de l'esprit, de l'âme ». Dans l'acception actuelle ce terme est à la fois référé au domaine de l'intelligence (être spirituel) et au domaine religieux (pouvoir spirituel).

Pour transcender les références au religieux, nous partirons du spirituel défini comme un qualificatif appliqué à des expériences particulières qui donnent au vécu de celui qui vit ce type d'expérience un caractère intense, sacré, ou encore « numineux », selon l'expression de Rudolf Otto (1917). Dérivé du latin *numen* (« présence, être surnaturel »), il est selon Otto, à la fois énergie et sentiment, et désigne toute expérience confrontant le sujet à de l'ineffable, du transcendant, du divin (dans un contexte religieux ou non religieux).

« La religion — écrit Jung (1961*a*) — dans son appréhension de l'expérience intérieure, est le fait de prendre en considération avec conscience et attention, ce que Rudolf Otto a fort heureusement appelé le "numinosum", c'est-à-dire une existence ou un effet dynamique qui ne trouve pas sa cause dans un acte arbitraire de la volonté mais qui saisit et domine l'être humain et doit être attribué à une cause extérieure à l'individu. »

Le numineux caractérise donc l'expérience intérieure qui peut non seulement se réaliser dans un contexte religieux, mais également dans tous les états d'ouverture ou d'éveil de la conscience (les dimensions verticales de l'être), et dans toutes les activités et toutes les fonctions de l'homme qui ont comme commun dénominateur la quête de valeurs élevées, qu'elles soient d'ordre éthique, humanitaire, esthétique, héroïque, compassionnel (Assagioli, 1986). Ces valeurs élevées étant la traduction dans les dimensions horizontales, de l'éveil de la conscience.

Ces expériences psycho-spirituelles également appelées « expériences transpersonnelles » sont donc des moments essentiels de

l'existence et nous verrons qu'elles ne sont pas toujours faciles à traverser.

Dans les années soixante, Abraham Maslow et Stanislav Grof forgèrentle terme de transpersonnel pour désigner une nouvelle branche de la psychologie :

> « Au cours de notre conversation, écrit Maslow (1976) [avec Stan Grof] ; nous avons envisagé d'employer le mot "transpersonnel" [...]. Plus j'y pense, plus ce mot traduit ce que nous essayons tous de communiquer, à savoir un au-delà de l'individualité, un au-delà du développement de la personne individuelle. »

Le terme « transpersonnel » signifie donc au-delà de la personne ; il qualifie un événement, un matériel, dépassant la personne, son histoire biographique et périnatale, mais y faisant pourtant singulièrement écho. Il s'agit d'un très vaste matériel concernant aussi bien les grands archétypes que l'histoire de l'humanité et le vaste champ de l'inconscient collectif décrit par C.G. Jung (1971), réservoir d'images universelles primordiales ou archétypes.

Ainsi, la psychologie transpersonnelle est-elle tout à la fois une orientation de la psychologie et une voie de connaissance de l'être humain qui intègre :

- dans son appréhension clinique : les dimensions spirituelles, émotionnelles, corporelles, imaginaires, cognitives et créatrices du sujet ;
- dans sa réflexion (*background* ou arrière-plan référentiel) : tous les grands courants de la psychologie contemporaine, de la psychanalyse (avec une large place accordée à la psychologie analytique de Jung), bioénergie, approche cognitivo-comportementale. Le but n'est évidemment pas de créer un vaste fourre-tout de toutes ces approches et démarches, mais de susciter l'appréhension la plus pertinente possible (la plus intégrative) de la problématique et de l'être de chaque patient en n'excluant *a priori* aucune dimension clinique ou conceptuelle ;
- dans ses abords thérapeutiques : de nombreuses pratiques (le yoga, la méditation, mais aussi les thérapies dites psycho-corporelles dont le travail de respiration holotropique ou TRH — voir encadré p. **318**) comme autant de chemins permettant à l'être

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

humain de transcender ses limites mais dans le but de les redéfinir au mieux.

Le terme d'« expérience transpersonnelle » est réservé à des vécus caractérisant l'entrée en état de conscience modifié (urgences spirituelles, TRH, hallucinogènes, pratiques psycho-spirituelles), états ouvrant la psyché, au-delà du biographique et du périnatal, à :

- des revécus ancestraux, des secrets de famille (Si Ahmed, 2006) ;
- des identifications à des personnages divers d'autres lieux et d'autres temps ;
- des identifications animales, minérales, cosmiques ;
- une confrontation aux grands archétypes ;
- un sentiment d'appartenance à une totalité avec dépassement des limites du moi, révélations de choses cachées, sentiment d'amour absolu et inconditionnel, confrontation au divin immanent ou transcendant.

Quelle est la fréquence des expériences psycho-spirituelles ?
Les seules statistiques dont nous disposons actuellement nous viennent des États-Unis. Plus précisément de sondages Gallup réalisés en 1973, 1986 et 1990. La question posée étant la suivante : « Avez-vous déjà été conscient de, ou influencé par, une présence ou une puissance (que vous l'appeliez ou non Dieu) qui serait autre que votre moi ordinaire » ? Résultats : 1973 : 27 % ; 1986 : 42 %, 1990 : 54 %.

LES VARIÉTÉS DE L'EXPÉRIENCE PSYCHO-SPIRITUELLE

Urgence et émergence spirituelle

Pour avoir une idée de ce que recouvrent ces entités cliniques, nous considérerons tout d'abord ce que Grof et Grof (1994) ont décrit sous les termes d'émergence spirituelle *versus* urgence spirituelle. Dans le cadre de la clinique en effet, les expériences psycho-spirituelles se divisent en deux grands tableaux, aux contenus identiques (les émergences et les urgences spirituelles) mais qui diffèrent par l'intensité, la violence, le déferlement et surtout par la capacité de la psyché à les contenir et donc à s'y confronter.

Lorsque le tableau clinique est celui d'une psyché débordée, affolée et affolante, semblant emportée par la force redoutable des

matériaux qui se présentent à elle on parlera d'urgence spirituelle (*spiritual emergency*). Ou encore de *crise psycho-spirituelle*.

Bien que ses travaux soient très peu connus en France, Stanislav Grof est l'auteur qui a le mieux et peut être le plus précocement cerné la réalité de ces tableaux. À cela de nombreuses raisons :

- sa grande expérience clinique fondée sur l'accompagnement de centaines de personnes sous LSD puis en travail de respiration holotropique et dans ces deux contextes, le suivi de nombreux patients en état d'urgence spirituelle ;
- sa vision intégrative de la vie psychique avec ses différents niveaux : biographique, périnatal et transpersonnel (ce dernier incluant l'inconscient collectif selon Jung, et les niveaux spirituels dont il est ici question) ;
- sa grande culture, notamment dans les domaines de la mythologie et de l'histoire des religions qui lui a permis de faire de nombreux liens de sens que peu avant lui avaient envisagés.

Émergence ou urgence, Grof distingue ainsi une dizaine de catégories. Un élément dominant semble justifier pour lui le classement dans une catégorie, ce qui facilite l'exposé mais n'est pas toujours conforme à la réalité clinique dans laquelle les différents tableaux observés (et vécus) empruntent souvent des éléments à plusieurs autres.

Rappelons ici que ces états deviennent *problèmes psycho-spirituels* ou *urgence spirituelle*, lorsque l'intensité, la soudaineté et la violence de ces occurrences débordent les capacités du sujet, lorsque ses limites entre dedans et dehors, entre conscient et inconscient, entre inconscient collectif et individuel, entre réalité quotidienne et réalité transpersonnelle se dissolvent. Sous l'effet de ce débordement la psyché s'avère incapable de composer avec ces matériaux *bouleversants*.

Qui plus est, l'expression *spiritual emergency* a un double sens, celui d'une émergence et celui d'une urgence ; urgence à accompagner cette émergence, à l'aider à se déployer mais aussi à la contenir et non à la traiter abusivement, donc à l'abraser.

Si l'on considère les caractéristiques de ces deux catégories, on peut comprendre que dans le cadre d'une émergence spirituelle, la confrontation à ces matériaux extraordinaires se fasse de façon graduelle, aménagée, intégrative et surtout, sur un plan énergétique,

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

de façon discrète. Faible ampérage ou micro-voltage, si on voulait risquer une métaphore électrique. Situation toute différente de l'urgence spirituelle (spiritual emergency) où cette confrontation se réalise sous l'effet de l'effraction, du déferlement, de la soudaineté, de l'envahissement, et donc, sur un plan énergétique, en macro-voltage.

Paradoxalement, ces expériences offrent aussi une opportunité de changement, de transformation et d'évolution majeure. Mais avant cela, celui qui est entré dans une telle crise doit traverser des épreuves souvent terrifiantes. On ne peut en effet accomplir ce processus de transformation qu'est la crise spirituelle sans se trouver confronté préalablement (c'est la clinique de ces états qui le confirme) « à *la nuit noire de l'âme*, donc à la nécessité de s'enfoncer dans ses zones d'ombre pour les traverser avant d'atteindre un état de liberté, de sérénité, de légèreté » (Grof 1990, 1994). Il s'agit d'une phase marquée par une suractivation du monde intérieur et par une désadaptation à l'égard du monde extérieur et du monde social.

L'angoisse, un sentiment de déréliction, la peur si ce n'est la panique devant ces espaces inconnus qui s'ouvrent en soi, la terreur d'entrer dans la folie, les préoccupations majeures au sujet de la mort, les charges affectives en jeu, bouleversent le monde intérieur, la psyché et son fonctionnement habituel. Tous ces éléments vont contribuer à faire de cette épreuve une véritable urgence spirituelle.

Il nous a donc semblé important de reproduire ici le tableau de Stanislav Grof, posant les différences entre l'émergence spirituelle et l'urgence spirituelle.

Ceci pour poser la particularité des émergences spirituelles – changement sur un mode lent, gradué donnant à la psyché le temps et la possibilité de s'aménager. Il s'agit de personnes en évolution spirituelle qui peuvent recourir à un guide ou à un maître spirituel, mais n'éprouvent pas, et pour cause, la nécessité de consulter un psychothérapeute. Nous centrerons donc la suite de notre propos sur les personnes en urgence spirituelle qui elles, ont besoin de consulter un psychothérapeute *ouvert à ces dimensions*.

Tableau 9.1. Différences entre émergence spirituelle et urgence spirituelle (tiré de Stormy Search for the Self) (traduction personnelle)

ÉMERGENCE	URGENCE
Les expériences intérieures sont fluides agréables, faciles à intégrer.	Les expériences intérieures sont violentes, discordantes, difficiles à intégrer.
Le matériel spirituel est accueilli, souhaité et vécu comme une expansion de l'être.	Ce matériel spirituel peut se révéler une véritable gageure et une menace de l'être.
Infusion progressive de ce matériel dans la vie quotidienne.	Irruption violente de ce matériel dans la vie quotidienne.
Les expériences énergétiques sont contenues et facilement gérables.	Tremblements désordonnés, secousses, énergies perturbant le cours de la vie quotidienne.
Distinction facile entre l'expérience interne et externe avec libre passage de l'une à l'autre.	Difficultés, parfois, à séparer les perceptions externes, qui peuvent émerger simultanément.
Facilité à intégrer ces états non ordinaires de conscience dans la vie quotidienne.	Ces états non ordinaires de conscience interrompent et perturbent le cours de la vie quotidienne.
Changement lent et graduel dans la conscience de soi et du monde.	Changements brutaux et rapides dans la perception de soi et du monde.
Enthousiasme devant l'émergence de ces expériences intérieures, désir et capacité à faire alliance avec elles.	Ambivalence à l'égard de ces expériences, mais désir et capacité à faire alliance avec elles, en s'appuyant sur une aide opportune.
Attitude d'acceptation face au changement.	Résistance au changement.
Facilité à relâcher le contrôle.	Besoin de contrôler.
Confiance dans le processus.	Aversion, méfiance à l'égard du processus.
Ces expériences difficiles sont accueillies comme des opportunités de changement.	Ces expériences difficiles sont écrasantes souvent mal accueillies.
Les expériences positives sont acceptées comme des cadeaux.	Les expériences positives sont difficiles à accepter, sont vécues comme imméritées, pouvant même être douloureuses.
Rare désir de parler de ces expériences.	Impulsion incontrôlée à parler de ces expériences.
Possibilité de discriminer à qui, quand et comment parler de ce processus.	Impossibilités de discriminer à qui, quand, et comment parler de ce processus.

Caractéristiques générales des expériences psycho-spirituelles

L'urgence spirituelle est une crise de transformation mobilisant tous les aspects et tous les niveaux de la vie psychique. À cette occasion de très nombreux matériaux jusque-là inconscients émergent au conscient et le débordent. Cette crise engendre chez le sujet d'indicibles terreurs (d'être fou, d'être submergé, de perdre le contrôle et même de risquer sa vie), terreurs qu'il vit comme autant de dangers réels et qui entrent en résonance avec des traumatismes biographiques renvoyant eux-mêmes au traumatisme de la naissance et de la gestation : souffrance fœtale, manœuvres abortives, suffocations à la naissance, etc. Ces reviviscences périnatales, interface entre le biographique et les réalités transpersonnelles semblent alors ouvrir la voie aux contenus de l'inconscient collectif. Tous ces matériaux reviennent au conscient, comme si les mécanismes de défense, notamment le refoulement et la censure, s'étaient brusquement levés. Comme peuvent également ressurgir les contenus de l'inconscient collectif.

Ajoutons que les différents types de matériel pouvant se situer dans les registres biographique, périnatal, transgénérationnel ou transpersonnel se font écho, entrent en résonance les uns avec les autres selon la qualité affective et le sens latent dont ces affects sont porteurs (*COEX systems*). S'ajoutent à cela des changements brutaux d'états de conscience, avec leur corollaire physiologique : corps secoué de spasmes et de tremblements, avec hypothermie ou hyperthermie, traductions corporelles d'un sentiment d'imminence de sa propre mort. La « nuit noire de l'âme » est le terme qui s'applique le mieux à cette phase traversée par les sujets en urgence spirituelle.

Catégories de l'urgence spirituelle

Ce sont des problématiques que nous allons décrire en nous aidant de la classification de David Lukoff (1985*a*) mais surtout de celle établie par Grof (1990, 1993) :

- *peak experiences* et expériences mystiques ;
- renouveau psychologique par le retour au centre ;

- éveil de la Kundalini ;
- expériences de mort imminente (EMI) (NDE en anglais) ;
- crise chamanique ;
- rencontre ou enlèvement par des intelligences perçues comme non humaines ;
- états de possession ;
- éveil brutal des capacités psi ;
- *alcoolisme et dépendances aux drogues* ;
- *expériences de « vies antérieures »* ;

L'italique est employé dans ces deux dernières catégories car nous considérons l'alcoolisme comme une expérience spirituelle avortée ; nous aborderons de la même manière les expériences de « vies antérieures ». En effet, l'alcoolisme et les dépendances toxicomaniaques sont, comme on le verra, à classer non pas dans la catégorie des *spiritual emergencies*, mais dans celle des achoppements de l'expérience spirituelle. Ce sera l'aide spécifique apportée à de telles problématiques qui les fera enfin achever cette quête toujours recommencée car toujours avortée (voir le cas de Serge en fin de chapitre).

Les peak-experiences *ou expériences paroxystiques*

Décrites par le psychologue américain Abraham Maslow (1972) à partir de témoignages recueillis auprès de plusieurs centaines de personnes.

> « Au moment de l'expérience paroxystique, l'individu se sent plus unifié que d'ordinaire. Il apparaît également plus intégré pour l'observateur : il est moins dissocié, moins en lutte avec lui-même, plus paisible, plus unifié du point de vue de l'expérience de soi et de la connaissance de soi, plus cohérent dans ses projets, plus harmonieusement et plus efficacement organisé, plus énergique [...]. La meilleure réalisation de l'identité, de l'autonomie, de l'individualité, est en même temps dépassement de soi, percée au-delà et au-dessus de l'individualité ».

Les *peak-experiences* sont des expériences de conscience unitive caractérisées par un estompage des limites du moi et un sentiment d'appartenance à une totalité (ne plus faire qu'un avec l'autre, avec

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

les autres, avec l'univers, avec le divin). Elles surviennent, selon Maslow chez des personnalités saines, sans antécédents psychiatriques et elles sont aussi nécessaires à l'être humain que la transe, le rêve, ou l'entrée cyclique en état de conscience non ordinaire.

Corrélativement cette possibilité de ne faire qu'un avec l'objet, la nature, l'essence des choses, est un moyen privilégié d'accéder à la connaissance E (Maslow 1972). E en référence à l'Être (de l'autre ou de l'objet — au sens psychanalytique). Autrement dit une capacité d'appréhender de façon hautement discriminative les qualités intrinsèques, spécifiques et *numineuses* de l'objet. Pour Maslow, c'est l'accès à cette connaissance qui centre l'expérience paroxystique, laquelle recouvre aussi l'expérience mystique dans la mesure où les mêmes critères servent à décrire ces deux catégories que l'on pourrait arbitrairement séparer. Ces critères énoncés par Maslow sont de fait retrouvés chez James (1902), chez Pahnke (1966) et plus récemment chez Lukoff (1985*a*) :

- conscience unitive, unité entre le dedans et le dehors ;
- sentiment d'élation ;
- modification des perceptions spatio-temporelles ;
- sentiment d'une perte de contrôle sur les événements ;
- expérience du sacré ;
- ineffabilité ;
- l'intuition : compréhension ou connaissance nouvelle surgissant ou s'imposant à la psyché sur le mode d'une révélation ;
- expérience des contraires simultanés ou de la nature paradoxale de ces états mystiques (vide et plein, perte des limites du moi et sentiment d'expansion et de complétude, etc.).

Les états mystiques ont d'abord été décrits dans un contexte religieux. L'étymologie du mot mysticisme renvoie en effet à « mystère (du latin *mysterium* et du grec *mustêrion*), culte secret dans le polythéisme, auquel on était admis après des initiations successives » (*Littré*). Tels les mystères d'Éleusis durant lesquels les mystes (candidats à l'initiation) étaient tenus au secret absolu, sous peine de mort. Au Moyen Âge, les mystères devinrent des représentations théâtrales organisées sur le parvis des églises, destinées à éveiller le peuple à la foi à travers la mise en scène de personnages bibliques. Le mot

mysticisme se trouve ainsi, par l'histoire comme par l'étymologie, rattaché à un processus intérieur, à un cheminement, conduisant le sujet dans le cadre de rites et rituels, sur le chemin de la foi. Ce cheminement pouvant se réaliser par l'intermédiaire des religions instituées, de façon spontanée ou « sauvage » (Hulin, 1993). Selon ce dernier, les états mystiques sont « ceux à la faveur desquels, le sujet éprouve l'impression de s'éveiller à une réalité plus haute, de percer le voile des apparences, de vivre par anticipation quelque chose comme un salut ».

Les expériences transcendantes des grands mystiques avec leurs extraordinaires manifestations (inédiés, stigmates, lévitation, bilocation) sont rares (Thurston, 1986) dans la vie quotidienne, comme le sont les grands mystiques eux-mêmes, telle sainte Thérèse d'Avila (Le Blond, 1990).

Mais lorsqu'elle survient de façon inopinée l'expérience mystique peut être à l'origine d'une crise, d'une urgence spirituelle dans la mesure où la rencontre brutale, sauvage avec le sacré est à la fois jubilatoire et terrifiante. Terreur et jubilation en relation avec les deux composantes de l'expérience : *mysterium augustum* et *mysterium tremendum* (Otto, 1917).

Renouveau psychologique par le retour au centre

Au cours de cet épisode, le sujet se perçoit et perçoit sa propre psyché « comme un champ de bataille où un combat cosmique se joue entre les forces du mal, de l'ombre et de la lumière », (Grof 1990, 1992 ; Perry, 1990). La psyché et le corps deviennent alors un terrain de guerre entre le divin et le diabolique, l'ombre et la lumière, la pureté et la saleté, les hommes et les femmes, etc.

Ceci va de pair avec de profonds bouleversements internes, un afflux d'images de destruction du monde dont la thématique s'organise autour de la mort : sa propre mort, le monde des morts, la mort. La violence de ces images, de ces visions, menace de le déstructurer, pire de le désintégrer.

Perspective loin d'être apparente dans le premier stade de ce processus... mais comme le rappelle Perry, « l'esprit est certes invisible comme l'air, mais capable d'être aussi puissant que le vent ». Tout se passe comme si l'inconscient collectif, avec ses archétypes, ses symboles, et les milliers de sens dont ils sont porteurs,

© InterEditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

faisait brusquement irruption dans la sphère du conscient. Ces contenus, annihilent, par leur force, leur intensité, les capacités de contenance et de pensée du sujet. On assiste à un déploiement colossal d'énergie-sens (Si Ahmed, 2006), c'est-à-dire de motions énergétiques porteuses d'un projet, d'une intentionnalité, ici celui d'un processus de mort-renaissance. Car et bien que cela soit difficile à imaginer, cette sorte de *tsunami*, ces forces désintégratrices sont le prélude à un processus de reconstruction, de réintégration et de renouveau. Quelle que soit la phase de ce processus, le sujet s'éprouve comme étant au centre d'enjeux cosmiques, aussi bien dans la destruction que dans la restructuration. Ces enjeux, qui sont aussi projection de sa propre histoire, impliquent une destruction de l'ancien monde et de l'ancien soi. C'est lors d'une phase de cet ordre, vécue très douloureusement que s'imposa à Jung toute la valeur de recentrage de la symbolique du mandala (le mandala est dans la tradition tibétaine un cercle magique représentatif de la totalité du monde spirituel) qui devient pour lui, puis dans sa pratique analytique, le symbole *du centre, du but et du soi, en tant que totalité psychique*.

Le renouveau s'instaure ensuite dans l'expérience du *hieros gamos* (mariage mystique) expérience également mégalomaniaque, où l'individu réalise une sorte d'union avec un personnage élevé, voire Dieu lui-même ou un personnage qu'il élève lui-même au rang divin. Aux sentiments de destruction, d'anéantissement succède alors le renouveau du monde, reflétant le changement de l'individu. C'est après avoir traversé cette épreuve aux dimensions titanesques dans une véritable renaissance à lui-même le ramenant à ses origines et à l'origine du monde, que le sujet réalise une étape décisive de son processus d'individuation.

L'éveil de la kundalini

La kundalini est cette énergie décrite dans la tradition hindoue et en Occident par Grof (1990) et Sannella (1990). C'est une énergie fondamentale qui, sous une forme potentielle, siégerait au bas de la colonne vertébrale. Son éveil à la suite de méditations, de pratiques de yoga, lors d'une crise existentielle, ou sans cause apparente, l'amène à l'instar d'un serpent (dont il est la représentation

symbolique) à se révéler et à se déployer en traversant les nœuds énergétiques de la colonne vertébrale du sujet pour redescendre le long du visage, de la gorge, de la poitrine et achever son périple dans l'abdomen.

Au cours de cette trajectoire, cette énergie « purifie » et lève les blocages psychophysiologiques d'origine traumatique. Ce faisant elle active les différents centres énergétiques ou « chakras » jusqu'au sommet du crâne. Les chakras sont des centres de conversion et d'expression énergétique pouvant prendre selon les niveaux, tous les aspects de la vie : moteurs et physiologiques, sexuels, affectifs, cognitifs, intellectuels et transcendants.

Parallèlement l'éveil kundalinien est aussi un éveil de conscience, conscience qui change de qualité selon le niveau considéré. Il peut parfois être brutal, violent et à l'origine d'une urgence spirituelle-dramatique. La symptomatologie évoquera à s'y méprendre un tableau de psychose : visions et hallucinations, postures corporelles inouïes, extase, rencontre et dialogues avec les dieux et les démons, angoisses de mort, etc.

Les expériences de mort imminente, EMI (ou NDE, Near Death Experiences*)*

Il s'agit de récits rapportés par des sujets ayant, à la suite de divers traumas (accidents, infarctus, anesthésie) approché la mort. L'EMI peut être aussi vécue dans d'autres contextes qui n'engagent pas forcément le pronostic vital. La structure de base de cette expérience a été décrite par de nombreux auteurs. Moody (1975) fut l'un des premiers à donner à cette entité clinique une ampleur (et une crédibilité) internationale. Depuis, nombre d'auteurs, anthropologues, psychologues, médecins, biologistes, thanatologues ont beaucoup écrit sur le sujet (Mercier 1992). On trouvera dans ce manuel une description détaillée des différents aspects de l'EMI (*cf.* chap. 3) Dans les *suites positives* de ces EMI, le sujet (comme dans les *peak-experiences* décrites plus haut) peut développer un sentiment d'harmonie, de compassion, de sensibilité nouvelle à l'écologie, à la beauté, avec émergence d'un nouveau regard accordé aux valeurs d'amour et de connaissance. Dépassement également des angoisses de mort, croyance en la survie.

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Ces répercussions peuvent aussi être difficiles, voire problématiques, tant au niveau de l'intégration de cette expérience (que ce soit une EMI positive ou négative) que de la nouvelle image inconsciente du corps que l'expérienceur devra apprivoiser et à laquelle il devra s'accoutumer (Si Ahmed, 1992 ; Dumas, 1992). Ces EMI peuvent précipiter le sujet dans une urgence spirituelle. En effet, et sans y être aucunement préparé, il se trouve projeté en une fraction de seconde dans des réalités transpersonnelles et ineffables dont la dimension, la magnificence (ou l'horreur) rendent difficile, voire insurmontable l'intégration lors du retour.

Crise chamanique

Dans ses formes socialisées, le chamanisme est pratiqué au sein de cultures fort différentes (religions primitives). Apte à communiquer avec les forces de l'invisible, l'initié devenu chamane se trouve doté de pouvoirs de guérison. Plusieurs temps sont à distinguer dans ce processus que Mircea Eliade (1957) appelle le « syndrome de la vocation » qui amène un candidat, souvent involontaire à cette fonction.

Tout d'abord, les futurs chamanes se retirent de leur environnement quotidien puis, après une préparation adéquate, entrent en état de conscience modifiée et vont voyager dans le monde souterrain ou royaume de la mort à travers une initiation douloureuse, faite de tortures, d'attaques par des entités démoniaques. Voyage qui est une véritable et violente confrontation à une mort symbolique. Sortis de cette mort symbolique, ils s'envolent vers les cieux. Ce faisant, l'initié se libère de toute maladie somatique ou psychique et comme le mentionne Mircea Eliade « s'étant guéri lui-même » il peut alors devenir guérisseur.

Lorsque l'expérience psycho-spirituelle prend la forme d'une crise chamanique, elle fait passer le sujet :

- dans une phase initiale, par un processus de mort : démembrement, annihilation, vécu de terreur, angoisses archaïques (dévoration, morcellement...) avec tous les errements diagnostiques que cela peut entraîner ;
- puis dans une seconde phase, par une renaissance et une transformation ;

- à la sortie de cette crise, les sujets peuvent se découvrir des dons de guérison, une inspiration artistique dans le même temps où ils constatent de profondes modifications de leur relation au monde, aux autres, à eux-mêmes et à la nature, ce qui atteste de l'importance et de la force du travail intérieur réalisé au cours de cette crise.

Depuis quelques années s'est développé un véritable tourisme chamanique en Europe (sous une forme importée), en Amérique du Sud ou en Afrique. En quête de « voyages intérieurs » dans un contexte exotique (avec ingestion de substances elles aussi exotiques telles que l'*ayahuasca* ou l'*iboga*) ces « touristes » rencontrent bien souvent des difficultés d'intégration au décours de tels voyages (*cf.* chap. 8). Nostalgiques de l'expérience du héros, beaucoup d'entre eux connaîtront de cruelles désillusions et parfois des décompensations.

Rencontres ou enlèvements par des intelligences perçues comme non humaines

Bien avant l'intérêt actuel pour les extraterrestres, et délaissant la polémique sur la question de l'authenticité des phénomènes allégués (visions, rencontres ou abductions), Jung (1961) fut l'un des premiers auteurs à pointer la dimension mythique et archétypale de ces récits et des analyses de rêves mettant en scène des ovnis. Il a pu ainsi rapprocher les visions et les rêves de ses patients des grands archétypes fondant l'inconscient collectif. Ainsi en serait-il de la forme lenticulaire de la soucoupe, représentation archétypale de l'âme, des « créatures situées dans l'objet qui seraient des sortes d'anges ou d'esprit défunts se rendant sur terre pour y chercher une âme », de « la rencontre de deux mondes séparés par une couche de nuages » : irruption de l'inconscient (collectif) dans le conscient, dont l'ovni serait une des manifestations.

John Mack (1994), comme d'ailleurs Kenneth Ring (1984), établirent après Jung des rapprochements du même ordre (mais dans une perspective plus phénoménologique). Les lumières des ovnis posséderaient les mêmes qualités que celles des expériences visionnaires : extrême intensité sans être éblouissante et qualités psychiques à l'instar de la boule de lumière décrite dans les EMI. En

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

outre les scènes horrifiantes de manipulation corporelle, de retrait d'organes, rappelleraient les scènes de torture et de démembrement décrites dans l'expérience du chamanisme ou du renouveau, comme dans de nombreuses expériences initiatiques.

Ces vécus de rencontre ou d'abduction peuvent donner lieu à un tableau d'urgence spirituelle. La soudaineté, l'étrangeté, l'intensité de ces forces physiques et spirituelles colossales, le sentiment (comme dans certaines EMI) d'avoir été élu soit par Dieu, soit par une intelligence surhumaine, tous les ingrédients d'une urgence spirituelle sont là, avec ses potentialités d'initiation et de transformation. Mais comme le souligne Grof, à la différence d'une initiation reconnue, il n'y a aucun consensus social pour en reconnaître la réalité ou lui donner sens, au moins sur un plan symbolique, ce qui rend son intégration des plus problématiques.

Les états de possession

Ici le sujet se ressent véritablement sous l'emprise d'une entité ayant pris possession de son corps et de son esprit. Cette entité, démon, diable, *djinn*, est généralement porteuse d'intentions malveillantes, hostiles.

La petite fille dans le film *L'Exorciste*, met en scène, assez exactement cette expérience de possession. L'extrême agressivité, les propos outranciers, les insultes, contrastent avec la politesse et la gentillesse observées habituellement chez ces personnes en état « normal ».

L'exemple clinique de Flora, rapporté par Stan Grof (1990) illustre parfaitement cet état de possession :

> Flora commença soudain à se plaindre : la douleur suscitée par les crampes faciales devenait intolérable. Sous mes yeux, les spasmes s'accentuaient de façon grotesque et son visage se figea en une sorte de « masque du mal ». Elle se mit à parler d'une voix grave d'homme et tout en elle devint si différent que je ne pouvais plus trouver de lien entre son apparence actuelle et sa personnalité antérieure. Ses yeux avaient une expression de mal indescriptible, et ses mains, agitées de spasmes ressemblaient à des serres. L'énergie étrangère qui avait pris possession de son corps et de sa voix, se présenta comme étant le Diable. « Il » se tourna vers moi, me sommant de m'éloigner de Flora et de renoncer à toute tentative de lui venir en aide. Elle lui appartenait et il punirait quiconque tenterait

> d'empiéter sur son territoire. Ce qui suivit était pratiquement un chantage explicite, une série de lugubres menaces de ce qui pourrait arriver à moi, à mes collègues, au programme de recherche, si je refusais de lui obéir.

À la lecture d'un tel cas, typique d'une possession qui dans un autre cadre aurait fait l'objet d'une ou plusieurs séances d'exorcismes, il est difficile d'imaginer qu'il puisse s'agir d'une expérience psycho-spirituelle. Or on le verra plus loin, les énergies impliquées ici, comme dans tous les états que nous venons de décrire, sont des énergies pouvant s'exprimer sous des formes multiples, en suivant ces deux grands courants que sont les énergies positives et les énergies négatives, ou encore le bien et le mal, la lumière et les ténèbres. Ce sont des expériences dont le sens s'est engrammé de cette façon, que l'expérience d'origine soit biographique, périnatale ou transpersonnelle... Pour quelque raison obscure, ces énergies se désengramment et s'actualisent sous ces formes terrifiantes. Intense déploiement au cours duquel le sens dont elles sont porteuses, tente de se frayer un chemin, une voie d'expression à travers le corps du sujet dans un processus brutal, une abréaction qui est aussi une libération.

Il est absolument capital devant de tels cas que le thérapeute ait bien ce processus à l'esprit : ce sont des énergies qui cherchent à s'exprimer et qui doivent être accompagnées, si terrifiantes ou diaboliques qu'elles puissent paraître. L'état de possession peut de la sorte amener le sujet sur la voie de la transformation et de la guérison (*cf.* chap. 10).

Car « l'archétype démoniaque ici en cause est en soi de nature transpersonnelle et représente le contrepoint indispensable au Divin, son pôle opposé. Souvent il fonctionne comme un écran dissimulant l'accès au Divin, telles les figures terrifiantes gardant les grilles des temples orientaux » (Grof, 1990, 1994).

Alcoolisme

La fixation au stade oral habituellement mise en avant pour rendre compte de la psychopathologie de nombreux tableaux dont la dépression, les conduites suicidaires, les toxicomanies, est également invoquée comme déterminante dans l'alcoolisme.

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Cette assertion est posée par Grof comme juste mais tout à fait incomplète. Au-delà de l'aspiration à régresser vers le sein maternel, il y a chez l'alcoolique un désir plus radical de retrouver l'unité originaire qu'il formait avec sa mère au cours de la vie utérine. Mais les choses ne se limitent pas à ce désir de reviviscence fœtale. Il s'agirait en fait de retrouver la qualité « numineuse » de cet état. Autrement dit l'alcoolique serait mû par une quête spirituelle continûment réitérée, continûment avortée et jamais reconnue comme telle, ni par lui-même, ni par l'entourage, ni par le corps médical.

Certes l'alcoolisation induit un état qui n'est pas sans présenter quelque ressemblance avec l'expérience spirituelle **:** estompage des limites du moi, dépassement des vicissitudes quotidiennes. Mais au-delà de ces ressemblances de surface (et à l'inverse de l'état mystique) l'alcoolisation entraîne un amoindrissement des fonctions intellectuelles, une levée des inhibitions éthiques, une anesthésie ou au contraire une exacerbation émotionnelle et affective, tableau contrastant avec l'acuité des perceptions sensorielles, des intuitions, de la lucidité, de la clarté de la pensée, des intuitions philosophiques et spirituelles de l'état mystique (Grof C, 1994).

D'autres symptômes de l'alcoolisme seraient aussi à comprendre en fonction de l'impact du périnatal sur l'organisation de la personnalité. Ainsi en serait-il de la composante autodestructrice de l'alcoolique et du toxicomane. Chronique et plus ou moins masquée chez l'alcoolique, plus évidente et violente chez le toxicomane, elle répond dans tous les cas à « un besoin inconscient d'annuler le processus de naissance afin de retourner dans le sein maternel au stade précédent le début de l'accouchement ». Accouchement pour la mère, naissance pour le fœtus, il s'agit du premier stress, du premier traumatisme, à l'image de tous les stress et tous les traumas à venir. La substance, alcool ou drogue, a ici pour fonction de « dissoudre » l'adulte en devenir, perçu comme impuissant et inefficace à l'égard d'un monde trop difficile à affronter, comme il fut autrefois difficile d'affronter le processus même de la naissance, surtout s'il y a eu des complications. Dès lors sa psyché se trouverait sous l'emprise de l'archétype du *puer aeternus* (enfant éternel) ou de sa variante *fœtus aeternus*, archétypes de la dépendance, nostalgie d'un état fœtal pour ne pas retraverser l'épreuve traumatique de la

naissance. Cette interprétation se trouve confortée par le matériel ramené, actualisé en état holotropique (c'est-à-dire au cours de l'état de transe induit par le TRH), par des patients alcooliques ou toxicomanes. Le statut du toxique, alcool ou drogue, peut correspondre à celui de l'anesthésiant, drogue salvatrice venue remédier à un état de souffrance fœtale par ses effets tout à la fois physiques, physiologiques et euphorisants.

Réminiscences de vies antérieures

Il arrive qu'à l'occasion d'une entrée spontanée ou provoquée en état de conscience modifié, en état holotropique, des épisodes, des événements, des séquences soient perçus comme appartenant à d'autres vies, d'autres personnages, d'autres temps, d'autres espaces... et spontanément interprétés par le sujet comme une reviviscence de vies antérieures. Rappelons que ce type de matériel a été longuement étudié par Stevenson (1974) et dans une perspective plus transpersonnelle par Grof (1990) et Schnetzler (1995). Ce dernier a avancé pour ce syndrome le nom d'ASVA (allégation de souvenirs de vies antérieures), allégation de reviviscences survenant lors d'un processus thérapeutique, d'une pratique de méditation ou de yoga ou même spontanément. Woolger (2000) a constaté que l'accompagnement thérapeutique de patients faisant état de ce type de matériel peut conduire à la disparition de phobies pour lesquelles d'autres méthodes s'étaient avérées inefficaces.

Ce syndrome d'ASVA, comme tous les autres types de matériel transpersonnel, est possiblement source de remaniement, de réaménagement, de potentialités d'évolution. Il peut cependant conduire à une *spiritual emergency* si par ses qualités affectives, énergétiques ou traumatiques, il n'est pas compatible avec le mode d'être du sujet, son modèle du monde et ses capacités psychiques à s'y confronter.

L'éveil brutal des capacités psi et le channeling

Les expériences psi ne constituent pas à proprement parler une catégorie distincte d'expérience spirituelle. À des degrés divers on les retrouve dans chacune de ces expériences, qu'il s'agisse des tableaux d'émergence ou d'urgence spirituelle. Des plus spectaculaires (EHC,

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

cf. chap. 6) aux plus fréquentes (télépathie, prémonition, synchronicité) elles sont, même en dehors du présent contexte, contraires à l'ordre habituel du monde et représentent en elles-mêmes une occurrence bouleversante. Elles contribuent à saper les conceptions que le sujet se fait de la réalité du monde et de lui-même (Si Ahmed 2007). On pense aussi à ces expérienceurs d'EMI ou à ces astronautes qui, de « retour sur terre », ont eu, durant de longues semaines, cette sensation extrêmement pénible d'entendre toutes les pensées alentour et d'être incapables d'arrêter ce bruit télépathique permanent.

Plus encore, dans certains cas « d'ouverture médiumnique », le sujet éprouvera un sentiment de perte d'identité. Le fait de se penser brusquement « habité » (« possédé ») par l'esprit d'une personne décédée est vécu comme une véritable dépersonnalisation avec tout son cortège d'angoisses archaïques. Ce tableau peut également en imposer pour un diagnostic de décompensation psychotique avec le risque d'une entrée dans un cursus psychiatrique (*cf.* chap. 10 et 5).

ÉTATS DE CONSCIENCE, ÉTATS HOLOTROPIQUES

Quel est donc le dénominateur commun entre les différentes expériences que nous venons de décrire ? Qu'est-ce qui caractérise le fonctionnement de la psyché, de la conscience pendant ces épisodes de foisonnement d'idées, d'images, de scénarios, d'éprouvés, de rencontres avec les forces cosmiques, divines ou démoniaques ? L'expérience clinique nous suggère l'existence d'un commun dénominateur à tous ces tableaux d'émergence et d'urgence spirituelle : le changement d'état de conscience. Le régime de fonctionnement de la psyché – et donc de la conscience – n'a, en ces circonstances, plus rien à voir avec le régime habituel. Que ces tableaux soient induits par l'ingestion de plantes ou de psychotropes, qu'ils surgissent de façon spontanée, à la suite d'un accident, d'une initiation, en holotropie (voir p. 318) ou par des pratiques psycho-spirituelles, la qualité de la conscience change radicalement par rapport à la conscience vigile ordinaire.

Hubert Larcher (1981) propose un modèle original de ces différents états de conscience intimement liés aux aléas et aux changements majeurs ou subtils de la relation corps-esprit. Plus le corps se trouve énergétiquement désinvesti, que ce soit sur le plan moteur, fonctionnel, métabolique, sensitif ou neurovégétatif, plus la psyché peut connaître des états d'expansion, d'ouverture, qui affranchissent la conscience des limites et limitations du corps, et aussi des habituelles contraintes d'espace et de temps (Si Ahmed, 2007).

En s'affranchissant de ces limites, par des transes dites hermétiques (en référence à Hermès, le Dieu aux sandales ailées qui voyage des profondeurs des enfers au sommet de l'Olympe), la conscience change de registre, et permet, la mise au jour, le retour de matériaux qui selon les moments et la force de l'expérience se situeront au niveau biographique, périnatal, transgénérationnel ou transpersonnel.

Ces états de conscience non ordinaire (*ecnos*) peuvent, comme nous l'avons vu, être aussi désignés sous le terme d'« états holotropiques », terme dont la paternité revient à Stanislav Grof et à la méthode thérapeutique dont il est, avec Christina Grof, l'auteur. Pourquoi ?

Holotropique signifie se mouvoir vers le tout, autrement dit se mouvoir vers la totalité. Pour être plus précis, il s'agit ici d'un « sentiment d'appartenance à une totalité ». « Holotropique » se comprend alors comme un mouvement de restauration de ce sentiment. Il existe différents ordres de totalité dont une est tout à fait primordiale : la totalité mère-fœtus prototype de toutes celles à venir et dont les pertes successives (scolaire, sociale, professionnelle, conjugale) sont autant de traumatismes renvoyant à ce traumatisme fondamental, celui de la naissance.

L'état holotropique serait donc un état dans lequel la conscience s'élargit, s'expand, renvoyant le sujet à des vécus d'avant la naissance ou aux tout premiers âges de la vie, qu'ils soient positifs ou négatifs. Dans leurs formes positives, ils sont félicité primordiale, bonheur suprême (élation), *sentiment océanique* (décrit par Romain Rolland) avec absence de limites, absence de manque. Dans leurs formes négatives, les choses s'inversent en leur contraire. Dans un cas comme dans l'autre, ces vécus ouvrent sur le transpersonnel.

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Pour résumer, dans toute urgence spirituelle impliquant une profonde modification de l'état de conscience (qui fait dire qu'une telle personne est en état de transe permanent), vont se mêler, s'intriquer et se succéder :

- le divin et le démoniaque,
- l'extase et l'épouvante,
- l'amour total et inconditionnel *versus* la haine totale,
- le sentiment d'appartenance à la totalité et totalité et des vécus d'abandon, de solitude absolue, d'insécurité fondamentale, de pertes des repères.

Tous ces éléments peuvent être vécus sur un mode hallucinatoire ou visionnaire, avec ouverture des capacités psi : télépathie, rétrocognition, voyance, xénolalie (parler une langue inconnue). Le sujet peut aussi soutenir des postures corporelles invraisemblables, entendre et chanter des chants jamais entendus, « voir » des scènes et des situations d'un autre temps et d'un autre espace. Sur le plan des manifestations corporelles, des sensations énergétiques avec spasmes, mouvements incontrôlés, dérèglement thermique, grande agitation ou totale immobilité peuvent compléter le tableau. Les thèmes d'envoûtement, de magie, de sorcellerie, de possession, d'influence télépathique, d'envahissement par les esprits de décédés, d'apparitions, ou encore d'abductions, sont souvent exprimés.

ANTÉCÉDENTS ET CONDITIONS D'ÉMERGENCE

Quelles sont les conditions psychologiques ou psychopathologiques favorisant les expériences psycho-spirituelles ?

A priori, certains types de personnalité y sont peu enclins : ceux qui se sont structurés sur un mode obsessionnel avec primat accordé à une approche rationnelle et matérialiste du monde et d'eux-mêmes. À la fois à l'abri et en défense. Mais l'on sait à cet égard combien les grandes névroses obsessionnelles sont des défenses, peut-être ultimes, contre l'éventualité d'une décompensation psychotique (et/ou de l'expérience spirituelle) et considérées à juste titre comme une forme particulière de psychose.

On ne saurait trop souligner toute la difficulté qu'il peut y avoir à assigner une place précise aux différentes entités cliniques qu'on nous a invité à décrire ici : l'émergence spirituelle, l'urgence spirituelle, la psychose, les achoppements de la quête spirituelle... Les éléments qui les caractérisent ne sont certes pas en nombre infini, mais leur combinaison, dans le cadre de la clinique, relève d'une complexité qui, elle, dépasse l'entendement. Quelques éléments parmi d'autres : la structure de la personnalité, les circonstances déclenchantes, le contenu de l'expérience, sa charge d'angoisse, les ressources mobilisées pour y faire face, le moment considéré, les réactions et la qualité de l'entourage, le regard et les décisions du corps médical et psychiatrique, etc., etc. Entre l'urgence spirituelle et la psychose (psychose aiguë), la frontière est souvent bien mince.

De fait le matériel, le contenu d'une expérience psycho-spirituelle — on l'a constamment perçu dans nos développements — est potentiellement psychotisant. Il s'impose au monde intérieur du sujet sous la forme d'une irruption, d'une effraction, il mobilise des angoisses et des fantasmes archaïques, il confusionne les espaces interne et externe, imaginaire et réel.

La capacité de tout un chacun à se confronter à ce type de matériel dépend fortement de la fiabilité de son appareil psychique (Bion, 1979) et de la confiance qui lui est accordée. Les fondations sont-elles assez solides, pour accepter, contenir ces énormes charges ? Pourra-t-on les métaboliser ? les intégrer ? les dépasser ?

Ces considérations nous permettent d'entrevoir l'intensité et l'insupportabilité des angoisses archaïques auxquelles sont confrontées quotidiennement les personnalités prépsychotiques, c'est-à-dire des personnes se présentant apparemment comme des sujets ayant une possible relation au monde, une adaptation de surface, mais dont la fantasmatique (et le vécu) révèle la prégnance et la constance de thèmes que l'on retrouve dans la psychose (et dans l'expérience psycho-spirituelle — crise chamanique par exemple) : morcellement, éclatement, néantisation, etc. Angoisses archaïques également pour les états limites ou les personnalités « comme si » ou *borderlines*, dont le monde intérieur est dominé par la recherche d'un étayage permanent avec thématique d'abandon (Bergeret, 1972). Dominant la symptomatologie de ces sujets : un sentiment

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

d'insécurité fondamentale. La continuité d'être, et à un moindre degré, l'existence, la survie, ne sont, de ce fait, jamais pleinement assurés.

On comprend dès lors le risque majeur de l'urgence spirituelle, chez les personnalités que nous venons d'évoquer, mais aussi chez des sujets apparemment normaux, sans le moindre antécédent psychiatrique : celui de décompenser sur un mode psychotique, d'entrer dans la folie, si ces sujets ne bénéficient pas d'un accompagnement adéquat.

L'organisation de la personnalité selon Grof

Grof a longuement décrit à partir des reviviscences holotropiques, les incidences du vécu de la gestation et des différentes phases de la naissance sur le destin, la structuration de la personnalité et le mode d'être au monde du sujet.

Il a établi ainsi une triple correspondance entre :

- la réalité de la gestation et de la naissance ;
- le mode d'être au monde et les aménagements existentiels ;
- les reviviscences holotropiques.

Il a également établi une quatrième correspondance, entre les thématiques de l'urgence spirituelle et le périnatal (vie fœtale et naissance).

À partir de sa longue expérience des états de conscience induits d'abord par le LSD, puis par le travail de respiration holotropique, Grof a pu poser les bases d'une cartographie de l'inconscient, véritable stratigraphie de la vie psychique où le niveau périnatal constitue l'interface entre les niveaux biographique et transpersonnel. Nous en rappelons ici brièvement les caractéristiques :

Niveau biographique

En urgence spirituelle comme en holotropie, des épisodes d'ordre biographique peuvent se réactualiser : aléas de l'existence, événements heureux ou malheureux, traumatismes, angoisses existentielles, vécus d'abandon, conflits non résolus, refoulés, phases du développement libidinal, etc. C'est sur ce terrain que se sont constituées pensée et pratique psychanalytiques, niveau freudien dont nous ne parlerons pas ici, mais dont l'importance doit toujours

être rappelée. De fait, il est souvent, sous prétexte d'ouverture vers le transpersonnel, décrié, voire même nié. Or nous soutiendrons que tout ce qui peut s'élaborer à ce niveau de l'être conditionne la qualité de l'accès au spirituel et sa bonne intégration.

Les soins maternels primaires

Il est un autre aspect à considérer dans les antécédents des sujets en urgence spirituelle : la qualité des soins maternels primaires**,** leur incidence sur la structure de la personnalité et pour ce qui nous intéresse ici, leurs conséquences, au-delà du temps et de l'espace, sur la capacité du sujet à faire face à un matériel qui le ramène à ces premières phases de l'existence. On remarquera que peu d'auteurs à notre connaissance ont rapproché l'effet des carences de soins maternels primaires avec l'urgence spirituelle.

Face à l'épreuve de l'urgence spirituelle, le sujet est brusquement ramené au vécu qui était le sien lors des premiers âges de sa vie. Époque où il était confronté à un monde le menaçant en permanence dans son intégrité physique et psychique. Ces menaces ont été décrites sous le terme d'« angoisses paranoïdes » par Mélanie Klein (1968). D'où la nécessité vitale de l'assistance psychique et physique de la mère qui doit au cours de cette période se définir comme « suffisamment bonne », selon l'expression de Winnicott. Elle se doit d'assumer entre autres les fonctions de réassurance, de contenance, de filtre (fonction pare-excitante) et permettre à l'infans de constituer son « appareil à penser les pensées » (Bion, 1979).

Avec l'intériorisation de ces différentes qualités et fonctions, le sujet devient progressivement capable d'être à lui-même cette « mère suffisamment bonne ». Il pourra mobiliser pour lui-même, toutes les ressources (intérieures cette fois) nécessaires pour gérer ses angoisses, en limiter les effets, et organiser sa relation au monde, aux autres et à lui-même. Il peut alors contenir les différents matériaux psychiques pouvant advenir, sans les abréagir, sans en être débordé, y compris par les plus terrifiants.

Dans cette perspective, on peut comprendre que tout sujet n'ayant pas, du fait de carences de soins des premiers âges, pu correctement constituer son *appareil à penser les pensées* et se définir à lui-même comme contenant fiable, sécure et efficient, peut se

© InterEditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

trouver confronté à une urgence spirituelle, telle que nous l'avons définie.

Mais, et c'est là un point capital peu reconnu, la mise en place de ces ressources et capacités psychiques n'est pas à attribuer uniquement aux aléas de la relation à la mère des premiers âges, mais aussi aux aléas du périnatal, notamment les incidents et événements ayant émaillé la gestation, les conditions psychologiques certes, mais aussi physiologiques, et biologiques de la naissance (durée, anoxie circulaire du cordon, etc.).

Niveau périnatal

En effet, la gestation, la fin de la grossesse et les premières contractions, la descente de la filière pelvi-génitale, la naissance, dans toutes leurs réalités physiologiques, physiques, sensorielles, et psychiques, seraient quatre moments fondateurs pour l'être humain.

Grof considère que ces quatre moments traversés par le fœtus sont à l'origine d'un vécu « matriciel » remis en scène (c'est-à-dire en acte, en mode d'être, en aménagements conscients et inconscients) tout au long de l'existence. Ces découvertes convergent avec les conceptions d'Otto Rank (le traumatisme de la naissance) et les travaux de Konrad Lorenz sur l'empreinte et l'attachement. Ces quatre moments fondateurs sont appelés par Grof « matrices périnatales fondamentales » ou MFP.

Ce qui a été vécu par le fœtus sera donc d'une certaine manière, revécu à l'identique tout au long de son existence de bébé, d'enfant, d'adulte, de vieillard puis d'agonisant. Mêmes types d'angoisse, mêmes éprouvés, mêmes attitudes réactionnelles, mêmes schémas comportementaux face aux aléas, aux épreuves de la vie. Parallèlement, toute perspective de changement, et l'on sait que cette perspective est inhérente à la vie même, confronte le sujet au premier et au plus impensable (mais au plus nécessaire) de tous les changements : *sa naissance*.

Niveau transpersonnel

C'est véritablement le domaine de la vie psychique le plus impliqué dans l'expérience spirituelle. Dans certains états d'ouverture de la conscience, émerge à la psyché du sujet un matériel transcendant

son histoire biographique et périnatale, et référé au domaine de l'inconscient collectif et des archétypes tels que Jung les a définis. Cet accès au transpersonnel peut prendre la forme d'identifications animales, végétales, minérales, mais aussi à des êtres humains d'autres temps, d'autres espaces impliquant (par effets de résonance) l'histoire familiale, ancestrale, ethnique, mythologique et au-delà, l'origine et l'histoire de l'humanité, notre qualité d'être vivant, d'existant.

Domaine où l'esprit s'affranchit de plus en plus des contraintes du corps mais aussi de l'espace et du temps, où s'impose alors une intelligibilité des forces psychiques en jeu dans son histoire. Domaine où la psyché change véritablement de régime de fonctionnement : ce n'est plus l'individu, le séparé qui prime, mais son mode d'être au sein des différents champs psychiques (différents ordres de totalité) où se définit son existence. Cela peut avoir pour conséquence un éprouvé de communion, la révélation et la confrontation à son mythe personnel, l'accès au « divin en soi ». Expériences de haute valeur mutative et évolutive.

Tout se passe comme si l'on pouvait, à partir de la remise en scène et de la traversée des événements périnataux accéder à des images, des archétypes, des symboles appartenant à l'inconscient collectif, ou encore à des événements relevant de l'inconscient transgénérationnel.

La reviviscence de ce processus est en soi une séquence de mort/renaissance — mort à la vie fœtale, naissance au monde — tout à la fois, passage, changement, intégration, véritable pont entre différentes dimensions de la vie psychique : le biologique et l'archétypique, le biographique et le collectif, le corps et la psyché, le personnel et le transpersonnel (et bien sûr, sur un plan théorique entre les apports freudiens et jungiens).

Entre ces trois grands niveaux (biographique, périnatal et transpersonnel) existent des résonances et des correspondances désignées sous le nom de systèmes COEX ou systèmes d'expériences condensées. Ainsi un matériel problématique (en général de nature traumatique) de la strate biographique, renvoie à un matériel dont le contenu présente une tonalité affective du même ordre mais se situant au niveau périnatal, ou du même ordre encore mais au niveau transpersonnel.

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

À titre d'exemple : un vécu et des angoisses d'étouffement (reviviscence d'un accident) auront sa correspondance dans le domaine périnatal (souffrance fœtale avec anoxie à la naissance), et dans le domaine transpersonnel (vécu d'écrasement par un boa — à la fois animal et figure archétypale).

La spiritualité en tant qu'aspiration fondamentale

L'entrée épisodique en état de conscience non ordinaire, de même que l'aspiration à la transcendance qui lui est corrélée, est pour l'être humain d'une incontournable nécessité (Tart, 1990 ; Maslow, 1972). Il est cependant dans nos sociétés tout un ensemble de facteurs entravant, ou empêchant une telle quête et sa réalisation heureuse (son aboutissement) sous la forme de l'émergence spirituelle. Parmi ceux-ci la disparition des rites et rituels initiatiques, la déspiritualisation ambiante, le tabou de la transe. La société occidentale est à l'inverse des sociétés traditionnelles une société sans transe (Lapassade, 1990). Il existe ainsi une grande méfiance envers l'utilisation des états de conscience modifiés (en médecine et en thérapie par exemple) jugés par la science comme irrecevables ou relevant de pratiques obscurantistes. Par ailleurs, la main mise des religions instituées sur le spirituel, entrave très fortement cette possibilité d'accéder à l'expérience intérieure (ou encore ce noyau divin, que l'on porte en soi, selon l'expression de Dolto et de Grof) sans en passer par leurs fourches caudines.

Ce qui est censuré extérieurement finit par l'être aussi intérieurement. Et pourtant la quête spirituelle, reconnue ou pas, ritualisée ou dévoyée, refoulée ou faisant retour... est une constante de la vie psychique. « Il est, rappelait souvent Françoise Dolto, une question que tout être humain se pose de sa naissance à sa mort : où est-ce par quoi j'aurais l'être ? ».

Il est dans le destin, dans le « programme » d'un enfant de devenir adulte, d'une plantule de devenir arbre, il est aussi dans le destin de tout être humain de grandir en qualité d'être. Encore faudrait-il pour cela reconnaître la spiritualité comme une dimension à part entière de l'existence.

Comme cela n'est plus vraiment le cas dans nos sociétés, tout est en place pour un refoulement massif et... des retours de refoulé sous

des formes violentes et indomptables. Le plus souvent, cependant il s'agit de formes dans lesquelles on a bien du mal à reconnaître la quête d'un « plus d'être » qui les sous-tend : formes larvées et bégayantes de l'alcoolisme, larvées et violentes des mouvements de foule incontrôlés, sauvages mais stériles et dangereuses des *rave parties*, sans oublier les toxicomanies.

Éléments déclencheurs

Les urgences spirituelles tout comme les achoppements de l'émergence spirituelle, sont favorisés ou déclenchés par de très nombreux facteurs. On en peut pointer ici les plus flagrants :

- le développement personnel qui a pris un essor considérable ces vingt dernières années sous la forme de pratiques psycho-spirituelles dont certaines formes de yoga, le chi gong, ou le taï-chi-chuan, et de nombreuses approches psycho-corporelles (gestalt, bioénergie, rebirth, respiration holotropique), mobilisant fortement les affects, et les énergies physiques mais surtout psychiques. Ces pratiques favorisent en elles-mêmes une ouverture psycho-spirituelle, sans que les arrières (le cadre et le suivi) soient toujours bien assurés.
  On pense ici à ce patient, scientifique de haut niveau qui fut brusquement au cours d'une séance de yoga, projeté au plafond, en train de contempler son corps allongé sur le sol... Événement dont il mit plusieurs années à se remettre ;
- un changement de mode d'être au monde davantage centré sur une logique de consommation que sur la notion de cheminement et d'évolution. Dans cette perspective, la recherche de sensations fortes au mépris des interdits et des cadres, avatar du « Jouissez sans entrave » de Mai 68 s'est progressivement imposée dans les mentalités et les comportements. Au défi des interdits, correspond, sur le plan psychique, un manque ou une difficulté de rétention des expressions pulsionnelles. Or on sait toute l'importance de la rétention qui garantit l'activité de penser, la richesse du monde imaginaire, du monde intérieur. L'énergie psychique abréagie dès son émergence n'est plus disponible pour le travail intérieur de fantasmatisation et d'élaboration en général et des matériaux

© InterEditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

en relation avec les dimensions qui nous intéressent ici, en particulier ;

- ces mêmes remarques pourraient être faites au sujet des sensations d'euphorie de l'alcoolique ou du toxicomane liées au soudain estompage des limites du moi, au dépassement des vicissitudes quotidiennes qui pourraient créer l'ébauche d'une émergence spirituelle. Cependant, en l'absence de toute reprise par des instances psychiques dites supérieures (activité de pensée, richesses imaginaires, ouverture à l'imaginal, thérapeute pouvant mettre ses ressources psychiques au service de l'intéressé) cette euphorie reste ce qu'elle est, le plaisir d'un instant. Sans cette capacité à garder en soi et à intérioriser ce vécu euphorique, il ne se transcende pas en un sentiment, voire une expérience élevée, et ne laissera donc pas de traces durables dans la vie psychique. Il ne peut alors se prolonger dans le temps, dans la permanence et la continuité. Cette même continuité d'être qui fait si dramatiquement défaut aux personnalités psychotiques et *borderlines*.

D'autres facteurs, d'autres circonstances encore peuvent être à l'origine d'une urgence ou d'une émergence spirituelle :

- l'état amoureux qui estompe les limites entre soi et l'autre ;
- la méditation et la contemplation ;
- la prière pratiquée dans un contexte religieux ou pas ;
- la sexualité ;
- l'accouchement (EMI, ou psychose puerpérale) ;
- une confrontation à la mort réelle (poussée évolutive d'une maladie grave, imminence de la mort réelle) ;
- les limitations trop longtemps imposées dans la vie quotidienne. Carcan soudainement insupportable et brutalement rejeté, rejet dont la conséquence sera, dans certains cas, un brusque passage de ce qui aurait pu être une émergence à une urgence spirituelle pouvant prendre le masque d'une bouffée délirante.

CONSÉQUENCES DES ÉMERGENCES/URGENCES SPIRITUELLES

Les émergences et surtout les urgences spirituelles sont donc à comprendre comme l'actualisation d'un potentiel de transformation et d'évolution intérieures. Potentiel pouvant ou non se réaliser selon les contextes, le moment de survenue, les capacités d'intégration du sujet et les réactions de l'environnement.

Lorsqu'il advient, on observe de nombreux changements :

- dans la relation du sujet à lui-même : un plus grand insight, de plus grandes capacités intuitives, voire psi (télépathie, prémonitions), un réel amour du sens et donc une quête d'intégration de cette expérience dans le cours de son existence (Ring 1985) ;
- dans la relation du sujet à sa famille. Mais ici les choses sont parfois plus problématiques en raison de la démesure de l'expérience. Le sujet est perçu comme devenu fou tant il est difficile, quand on est extérieur (au sujet bien sûr mais aussi à la compréhension des processus en jeu dans sa psyché) d'attribuer à une expérience qui a toutes les apparences de la psychose le statut d'une expérience évolutive. Il n'y a ici aucune règle : certains couples et familles renforcent leurs liens, d'autres se quittent dans une totale et mutuelle incompréhension. Et ceci est vrai pour tous les types d'urgences spirituelles ;
- vis-à-vis de la société, développement des sentiments de compassion, préoccupations écologiques visant à la sauvegarde de la planète ; découverte parfois des dons de guérison. En outre, la révélation, dans l'expérience, de son mythe personnel peut réorienter le sujet vers une nouvelle destinée, de nouvelles études, de nouvelles professions (Moody, 1978, 1988) une nouvelle façon de se réaliser dans le monde social, dans les dimensions si bien décrites par Maslow.

De façon générale on observe (Grof, Lukoff), et selon notre propre expérience, des transformations remarquables dans les suites immédiates (et à plus long terme) d'une urgence spirituelle bien accompagnée : plus grand sens de la spiritualité, compassion pour soi et les autres, disparition de la peur de la mort, conviction quant à la survie dans les cas d'EMI (Grey, 1985 ; Flynn, 1986) et une

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

diminution considérable des mouvements projectifs (Si Ahmed, 2007).

Constatant que le *primum movens* de l'urgence spirituelle était un processus de mort/renaissance, certains auteurs (Grof, 1990 ; Lukoff, 1985*b* ; Von Franz, 1970 ; ou encore Bettelheim, 1976) en ont dégagé à la suite de Campbell (1949) et de Jung (1961*a*), une trame, une séquence fondamentale, retrouvée dans de nombreux contes de fées sous la forme métaphorique du « voyage du héros ». Celui-ci se réalise en trois temps :

- *séparation* : départ de la famille, correspondant, dans l'expérience psycho-spirituelle, à l'entrée brutale dans un autre univers ;
- *initiation* : nombreuses épreuves que le héros devra affronter dragons, pièges de tous ordres correspondant dans l'urgence spirituelle à la soudaine confrontation aux contenus effarants et diluviens de l'inconscient collectif ;
- *retour* : retour triomphal dans sa famille, correspondant dans l'urgence spirituelle, à l'actualisation et la réalisation de toutes les potentialités plus haut décrites.

Ce voyage du héros, lorsqu'il est réussi offre la possibilité de réaliser son *mythe personnel* : révélation de ce que nous sommes fondamentalement, de ce que nous avons à réaliser, de ce qui donne sens à notre vie, de ce que nous nous devons d'incarner au-delà de tous les aléas du désir, de toutes les missions inconscientes dont nous étions chargés jusque-là, de toutes les identifications imaginaires.

Mais ce voyage du héros, lorsqu'il n'est pas correctement accompli expose à certains risques dont l'un des principaux, sera l'inflation de l'ego. « Touché par l'aile de Dieu », le sujet développe une attitude mégalomaniaque rendant l'intégration et le processus d'évolution difficiles.

> « Quand on a des expériences intérieures, on est notoirement toujours en danger de s'identifier à elles et de s'imaginer être porteur d'une grâce particulière ou représentant d'une variante particulière d'humanité, doté d'un organe de plus que les autres. Je ne vois que trop clairement combien les gens ont du mal à prendre assez de distance par rapport à leurs expériences pour être capable de voir la différence entre l'expérience elle-même et ce qu'ils en font » (Jung, 1957).

Les conséquences en termes pathologiques des crises psycho-spirituelles seront abordées dans la sixième partie de ce chapitre.

LES ÉLÉMENTS D'UN DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Les travaux de nombreux auteurs concernant cette question (Grof, Assagioli, 1990, Ring, 1984, Lukoff, 2007) font mention de l'absolue nécessité de départir les tableaux d'émergence spirituelle, d'urgence spirituelle et de décompensation psychotique. Pour commencer, nous allons reprendre ici un autre tableau de Stanislav Grof (1990) qui donne déjà une idée de ce que pourrait être un diagnostic différentiel : urgence spirituelle *versus* psychose (tableau 9.2).

Diagnostic différentiel entre l'urgence spirituelle et la psychose (représentation de l'urgence spirituelle en psychiatrie)

En 1994, l'inclusion d'une section particulière dans le DSM-IV a contribué à attirer l'attention des psychiatres sur les problèmes qui nous préoccupent ici.

En effet, dans la section « Situations supplémentaires qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique », existe une sous-entité, les « Problèmes religieux ou spirituels » (Z71.8 — V62.89) :

> « Cette catégorie peut être utilisée lorsque le motif d'examen est un problème religieux ou spirituel. Il en est ainsi par exemple des expériences pénibles concernant la perte ou la remise en question de la foi, des problèmes associés à la conversion à une nouvelle foi ou des questions d'ordre spirituel qui ne sont pas nécessairement liées à une église organisée ou à une institution religieuse » (DSM-IV-R, 2003).

Cette innovation a marqué, selon David Lukoff (1985*a*), l'un des auteurs de cet article, un tournant et une rupture avec une pratique psychiatrique qui ignorait jusque-là les expériences spirituelles ou ne pouvait que les classer sous l'étiquette de pathologie mentale. Quoi qu'il en soit, le point de vue développé dans le DSM-IV, repris par bien des auteurs et des cliniciens, rejoint celui d'Abraham Maslow (1960) et Ronald Laing (1989) fondateur du mouvement antipsychiatrique. Approche de la psychose mais aussi des urgences

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Tableau 9.2. Diagnostic entre urgence spirituelle et psychose

<table>
<tr><td>Les examens cliniques et les tests de laboratoire détectent une affection physique susceptible d'entraîner des changements psychologiques.</td><td>Les examens cliniques et les tests de laboratoires ne font apparaître aucune affection physique.</td></tr>
<tr><td>Les examens cliniques et les tests de laboratoires (réflexes neurologiques, fluide cérébro-spinal, rayon X, etc.) détectent dans le cerveau un processus pathologique à l'origine des changements psychologiques.</td><td rowspan="3">Les examens cliniques et les tests de laboratoire ne font apparaître aucun processus pathologique du cerveau.
Les tests psychologiques spécifiques ne font apparaître aucune détérioration organique du cerveau.
Mémoire et intellect qualitativement modifiés mais intacts, conscience généralement claire, bonne orientation de base ,peu de problèmes de coordination.</td></tr>
<tr><td>Les tests psychologiques spécifiques suggèrent une détérioration organique du cerveau.</td></tr>
<tr><td>Détérioration de l'intellect et de la mémoire, obtusion, problèmes d'orientation de base (nom, temps, lieu), faible coordination.</td></tr>
<tr><td>La communication et la coopération sont rendues difficiles par de la confusion, de la désorganisation et un fonctionnement intellectuel défectueux</td><td>Aptitude à communiquer et à coopérer (des problèmes occasionnels peuvent toutefois survenir lorsque le processus intérieur s'intensifie).</td></tr>
<tr><td>L'anamnèse fait apparaître de graves difficultés dans les contacts interpersonnels depuis l'enfance, une inaptitude aux relations amicales et sexuelles, une médiocre insertion sociale et généralement de nombreux antécédents psychiatriques.</td><td>Le comportement précédent l'épisode est parfaitement adapté, comme en témoignent les succès scolaire et professionnels, l'aptitude du sujet aux relations amicales et sexuelles et l'absence d'antécédents psychiatriques graves.</td></tr>
<tr><td>Contenu du processus faiblement organisé et déterminé, changements injustifiés des émotions et du comportement, désorganisation non spécifique des fonctions psychologiques, ni signification apparente ni indication d'une direction dans le développement, relâchement des associations, incohérence.</td><td>Succession de souvenirs biographiques, des thèmes de naissance et de mort et d'expériences transpersonnelles ; éventuellement, intuition de la nature bénéfique ou spirituelle du processus ; changement et développement des thèmes selon une progression souvent marquée ; incidence de vraies sychronicités (évidentes pour les autres)</td></tr>
<tr><td>Repli autistique, agressivité, ou comportement autoritaire et manipulateur qui nuit aux bonnes relations de travail et rend toute coopération impossible.</td><td rowspan="2">Aptitude aux relations et à la coopération, souvent même lors des épisodes dramatiques qui surviennent spontanément au cours du travail psychothérapique.
Conscience de la nature psychique du processus, aptitude satisfaisante à distinguer les univers intérieur et extérieur, « reconnaissance » du processus, aptitude à l'intérioriser.</td></tr>
<tr><td>Inaptitude à considérer le processus comme un problème psychique ; confusion entre les expériences intérieures et le monde extérieur ; recours excessif à la projection et au reproche, mise en actes.</td></tr>
</table>

spirituelles, fondée sur une volonté d'accompagner les patients, en les laissant déployer leurs symptômes, tout en les soutenant et les confortant.

Lukoff (1985*a*) note que « la phénoménologie des états psychotiques partage de nombreux traits avec les expériences de rêves (Hall, 1977), les expériences avec des psychotropes (Kleinman *et al.*, 1977), les éveils spirituels (Assagioli, 1981), les expériences de mort imminente (Grof et Grof, 1980), et les expériences chamaniques (Halifax, 1979). Le contenu bizarre ou fantastique des expériences rapportées n'est pas l'indication fiable d'une psychose ».

Pour arriver à établir un diagnostic différentiel, il importe d'être à la fois formé à la psychiatrie et à la psychopathologie, mais également à la psychologie transpersonnelle, aux états holotropiques et à toutes les manifestations de l'urgence spirituelle advenant dans le cadre de ces états.

Le corps psychiatrique est souvent critiqué par les psychiatres ou les thérapeutes transpersonnels, pour son absence d'ouverture et de discernement. Certes. Mais dans l'état actuel des choses, pour un psychiatre ayant un cursus classique, n'ayant jamais été formé à la psychologie transpersonnelle, ne s'étant jamais familiarisé avec les états de conscience ou les états holotropiques..., il est rigoureusement impossible de poser le diagnostic d'une catégorie qui non seulement lui est étrangère, mais qui présente toutes les apparences d'une décompensation psychotique. La question se poserait donc non pas tellement au niveau des psychiatres qu'au niveau d'un cursus de formation dont cet article du DSM-IV constituerait une première pierre.

Les choses sont loin d'être évidentes car en première approximation la thématique psychotique et celle de l'émergence spirituelle (sous toutes les formes que nous avons décrites) partagent bien des aspects : dedans et dehors non différentiés, sensation d'être englouti par des mondes différents, possédé par le diable, voir ce qui faisait la structure de sa personnalité partir en morceaux et se trouver en butte à toutes sortes d'angoisses archaïques. Dès lors, une nette distinction entre ces deux états n'est pas toujours facile à évaluer. Dans certains cas cependant, la présence de quelques critères suffira à faire pencher la balance vers l'une ou l'autre catégorie, surtout si

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

quelques antécédents immédiats ou lointains concourent à étayer le diagnostic.

La relation du sujet à son expérience est un critère de différentiation dans la mesure où le psychotique n'est pas capable de donner un récit cohérent de ses expériences et hallucinations qui sont souvent de type paranoïde, alors qu'un sujet en crise psycho-spirituelle aussi éprouvante soit-elle pourra à certains moments en donner un récit, voire des interprétations cohérentes. De fait, dans ces états holotropiques (comme en respiration holotropique) une petite partie du sujet (sorte d'*observateur caché*) peut, à certains moments, jeter un regard critique sur son expérience et en faire un récit ou un dessin. Le sujet en urgence spirituelle peut avoir conscience que le processus qu'il traverse est en lien avec des questions fondamentales, existentielles, spirituelles, et qu'il possède une haute valeur de transformation, si toutefois ses capacités de pensée ne sont pas trop compromises par l'intensité des affects et du matériel actualisé. Mais ceci varie selon les moments et les phases traversées.

Questionnements

On ne saurait cependant trop souligner l'existence de tableaux cliniques (celui de Viviane en est un exemple, p. 324) où le diagnostic différentiel apparaît difficile voire impossible à établir. Dès lors toutes sortes de questions se posent :

- une décompensation psychotique peut-elle prendre le masque d'une urgence spirituelle ?
- une urgence spirituelle peut-elle évoluer vers un tableau psychotique parce que mal diagnostiquée et donc mal accompagnée ?
- les psychotiques comme les névrotico-normaux peuvent-ils vivre des urgences spirituelles sans que cette éventualité soit considérée comme une aggravation de leur état ?
- les urgences spirituelles des psychotiques leur offriraient-elles des possibilités thérapeutiques insoupçonnées ?
- n'y aurait-il pas lieu dans ces conditions d'organiser, et de repenser avec le cadre familial conjugal et psychiatrique, les soins et l'accompagnement de sujets psychotiques comme nous le faisons nous-mêmes en leur permettant l'accès à ces états de

conscience non ordinaires grâce à l'holotropie, et donc aux aspects psycho-spirituels de leur problématique ? Cela nécessite au moins pendant quelques jours un cadre rigoureusement défini et un accompagnement de tous les instants. On pense ici à Norbert, un patient psychotique, psychiatrisé et traité depuis de très longues années qui a pu bénéficier de séances de respiration holotropique grâce à la collaboration de son psychiatre. Au décours de l'une d'elles, ayant un instant échappé à la vigilance de sa compagne, saisi d'un sentiment de compassion pour l'humanité souffrante et avisant la camionnette d'un livreur de charcuterie dont la porte arrière était ouverte, Norbert se mit à distribuer avec jubilation, saucissons et jambons à tous les passants éberlués. Au grand dam du livreur revenu quelques instants plus tard...

Ces états de crise comportant à la fois dangers, difficultés, périls, mais aussi potentialités et opportunités de guérison, ne sont pas toujours reconnus comme tels... Le diagnostic psychiatrique et psychiatrisant de décompensation psychotique est bien plus une question de regard, de préconception, qu'une appréhension heuristique de ce qui se joue réellement dans la psyché de ces sujets. La notion même d'éveil de la vie psychique inhérent à ces expériences inhabituelles, non ordinaires, extraordinaires, est étrangère au monde psychiatrique. Or c'est précisément cet éveil et surtout sa brutalité qui va engendrer un tableau clinique donnant (de l'extérieur) toutes les apparences d'un état psychotique.

Insistons encore : émergence, urgence et psychose aiguë sont des expériences sollicitant à des degrés divers le noyau psychotique. Les limites entre ce qui est de l'ordre d'un « éveil » de la vie psychique et d'une décompensation psychiatrique sont indécises. Dès lors ces trois entités se brouillent dans un véritable continuum.

Traitée psychiatriquement et sans être reconnue pour ce qu'elle est, les conséquences d'une urgence spirituelle peuvent aller des plus banales aux plus catastrophiques. Banales, si les effets sédatifs du traitement ramènent l'angoisse à des niveaux acceptables sans abraser les ressources intérieures du sujet ni les éléments de l'expérience elle-même. Catastrophiques si une médication abusive fait disparaître tout à la fois les symptômes et les ressources. Le risque est grand

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

d'entraîner le sujet dans un cursus de psychiatrisation au long cours et sans grand espoir d'évolution positive.

RÉPONSES THÉRAPEUTIQUES

Propositions d'accompagnement

Lukoff (2007) a établi dans sa perspective, une liste de proposition d'accompagnement et de thérapie des urgences spirituelles », appelées par lui des *visionary spiritual experiences* ou VSE. Nous retrouvons chez Grof et Grof (1994) également ces propositions d'aide thérapeutique aux sujets en urgence spirituelle. Rappelons ici ces différents temps (encadré ci-dessous).

1. D'abord « informer », dans le but de dédramatiser et de rassurer le patient sur le processus qu'il a à traverser.
2. Aide psychothérapique encourageant activement le processus, en valorisant ses qualités émergeantes, sans jamais interférer avec lui ou le stopper (Grof, 1990 ; Perry, 1990). Les thérapeutes les plus habilités à accompagner devront avoir, outre leur formation classique de psychiatrie, de psychopathologie et de psychanalyse, une formation à la psychologie et aux thérapies transpersonnelles. Familiarisés également à l'analyse jungienne (car rappelons-le, tout se passe dans ces urgences spirituelles, comme si l'inconscient collectif déversait avec force et brutalité, ses archétypes et symboles dans le conscient du sujet), et aux approches permettant au processus de se déployer dans toute sa force, dans toutes ses formes et dans toutes ses dimensions (travail de respiration holotropique par exemple).
3. Soins apportés à l'environnement physique et psychologique : le sujet en urgence spirituelle, vivant le bruit et la fureur de son voyage intérieure, a spontanément tendance à ne plus boire, ne plus manger, ne plus dormir (ce qui peut être aussi un facteur aggravant). Il est de ce fait capital de réduire son stress, et de veiller à ce que ses besoins nourriciers de base soient correctement assurés.
4. Les activités créatrices (dessin, chant, danses) sont très appropriées pour aider à canaliser ces grands flots d'énergie qui traversent, parfois violemment le sujet, elles peuvent d'ailleurs parfaitement s'intégrer au travail thérapeutique. On rappelle à cet égard le rôle de recentrement que porte en elle la réalisation de dessins et mandalas.

☞

5. La question fort épineuse de la médication se pose et se posera *de facto* ; le psychiatre se trouve alors pris entre deux écueils. D'une part l'urgence spirituelle doit pouvoir se vivre, se déployer dans sa totalité, et dans cette optique une neuroleptisation donnée sur les seuls critères psychiatriques, peut se révéler catastrophique car pour calmer l'angoisse (qui peut être majeure) seront en même temps compromises les potentialités évolutives de l'expérience. D'autre part, une urgence spirituelle peut nécessiter une médication pour diminuer un tant soit peu le niveau d'angoisse et rendre le travail thérapeutique possible. Tout est une question de contexte, de connaissance de ce type d'expériences et surtout de l'intentionnalité présidant à une prescription justement dosée.
6. L'approche homéopathique à laquelle nous recourrons souvent est intéressante à plusieurs niveaux et peut éviter un traitement plus abrasif. Notons ici les effets très salutaires de ce type de prescription en correspondance de sens avec l'archétype majeur émergeant et occupant le centre de l'expérience psycho-spirituelle (Ducornet, 2006).
7. Nous ne saurions trop insister sur la nécessité pour le thérapeute d'accueillir avec bienveillance ces différents types de matériaux sans jamais prendre parti (ni pour, ni contre) sur leur réalité objective y compris pour les plus extravagants d'entre eux (reviviscence de vie antérieure, enlèvement par des intelligences perçues comme non humaines par exemple). Quels qu'ils soient, ces matériaux ont tous la dignité d'un matériel psychothérapique, et comme tels doivent demeurer dans une sorte d'espace transitionnel ou de frange d'indécidabilité, propice au travail d'accompagnement des urgences spirituelles, comme d'ailleurs de toute forme de problématique.

D'autres approches sont également proposées par nous dans l'accompagnement de ces états de crise. Nous les détaillons ci-dessous.

L'hypnose éricksonnienne

En se situant à ce niveau de l'être où la composante relationnelle à la mère archaïque est réactivée, cette forme d'hypnose est tout à fait précieuse. Elle crée une situation où les ressources psychiques du thérapeute sont mises au service de l'appareil psychique du patient momentanément dépassé ou débordé. Effet prothétique dont ce dernier se saisira par un mouvement d'intériorisation. Il devient

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

ainsi et à lui-même cette « bonne mère », qui va l'aider à surmonter l'épreuve.

Le travail de respiration holotropique (TRH) ou respiration holotropique

Comme nous l'avons vu, et au risque de nous répéter, l'urgence spirituelle est un état de crise dont la traversée comporte à la fois danger et opportunité (double sens du mot crise en chinois). Pour aider la psyché dépassée, presque noyée par la force et la nature des matériaux et énergies en jeu, un des moyens est de lui offrir la possibilité d'explorer plus avant et en toute sécurité cet état de transe qu'il vit en permanence. La Respiration Holotropique réalise ce projet ; elle donne à cette expérience toute son amplitude, la possibilité d'aller à son achèvement et de la dépasser.

Rappelons ici les principes de base de cette approche, qui peut être proposée à toute personne, qu'elle soit en crise spirituelle ou pas.

La respiration holotropique

Il s'agit d'une méthode psychothérapique mise au point par Stanislav et Christina Grof dans le courant des années soixante-dix, utilisant l'hyperventilation, des musiques et un travail sur le corps. Ils ont de la sorte, réintroduit dans le champ de la thérapie cette dimension longtemps refoulée : celle de la transe. La transe est un terme à la fois générique et objectivant qui recouvre une expérience subjective : celle d'une entrée dans des états de conscience non ordinaires (ECNOS). Ces états (transitoires et entièrement résolutifs à l'issue de la transe) sont mis à profit par l'inconscient pour « ramener à la surface », l'exact matériel dont la psyché a le plus vitalement besoin pour promouvoir un processus de changement, d'évolution et de guérison. Cette entrée en transe est une potentialité normale de la vie psychique se réactualisant en holotropie comme lors de rites initiatiques, chamaniques ou thérapeutiques de toutes les sociétés traditionnelles. Et bien sûr lors des urgences et émergences spirituelles.

Le TRH induit donc en lui-même et par le dispositif qui est le sien, la quasi-totalité des éléments constitutifs de l'expérience psycho-spirituelle. Comment rendre compte à partir de là, de ses effets thérapeutiques et qui en font une des méthodes les plus thérapeutiques, les plus sécures, les plus aptes à générer un changement, une modification,

☞

☞ voire une élévation du niveau de conscience. Plusieurs composantes sont ici à évoquer :

- *l'effet du groupe* : lorsque les participants (les respirants) entrent simultanément dans un état de conscience plus ou moins modifié, se constitue très rapidement un appareil psychique groupal (APG). Il s'agit d'une entité psychique à part entière, bien décrite par Kaës et Anzieu (1978) bien distincte de la simple addition des différentes psychés, mais à laquelle chacune d'entre elles participe. L'APG présente des caractéristiques qui ont certes été décrites pour des groupes de patients ou participants en état de conscience relativement vigile, mais qui seront décuplées lors de l'entrée en transe du groupe. Parmi ces effets :
  - mobilisations énergétiques (émotionnelles et affectives),
  - effet de contenant, de limitation, de cadrage, de sécurisation,
- *effet de régulation* : les énergies ne vont pas s'exprimer de façon anarchique au sein du groupe, chaque participant vivant son expérience dans la logique d'une « dynamique » groupale au service de chacun et de tous ;
- *effet de révélation et de déploiement des matériaux* jusque-là engrammés, refoulés, enkystés, dans quelque mémoire corporelle ;
- *effet prothétique du groupe* qui mobilise chez les participants tout un ensemble de forces, de dispositions psychiques (habituellement inconscientes et inhibées) allant dans le sens d'une évolution, d'une maturation, d'un changement, d'une intégration, d'une guérison. Cette instance, encore appelée « guérisseur interne » est présente en chacun de nous pour peu qu'on lui offre la possibilité de s'actualiser, de se révéler, d'advenir. C'est une notion que l'on retrouve chez Puységur, mais aussi chez Milton Erickson (Malarewicz, Godin, 1986) et bien sûr chez Stanislav Grof (1982-1983-1984)

Dans une approche plus ou moins référée à la pensée gestaltiste (donner au symptôme sa forme la plus complète possible pour en obtenir le dépassement), l'urgence spirituelle et les différents syndromes qu'elle recouvre peuvent être considérés comme autant de formes incomplètement déployées. Dans cette perspective l'holotropie offre cette remarquable possibilité de réaliser l'achèvement de ces formes incomplètes, leur accomplissement. Dès lors, une urgence spirituelle a toutes les chances de se transmuer en émergence spirituelle tout comme les problématiques évoquées plus haut (alcoolisme et toxicomanie).

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

On ne saurait par ailleurs trop souligner l'intérêt de l'holotropie pour toute personne réalisant un travail thérapeutique, surtout lorsqu'il s'enlise dans les terrains de l'intellectualisation : mobiliser ses affects (élément moteur du travail de l'analyse selon Freud) et s'ouvrir à ces dimensions élevées de la vie psychique, domaine de la spiritualité.

La thérapie verbale

La thérapie verbale chez des sujets en urgence spirituelle, et surtout dans sa phase la plus aiguë n'est sûrement pas une indication très opportune. Le temps n'en est pas encore venu. Il s'agit bien plus dans ces moments particulièrement difficiles d'assurer auprès d'eux une « certaine qualité » de présence faite à la fois de sollicitude et de compassion sans tomber pour autant dans les pièges d'une identification excessive à ce qu'ils sont en train de vivre. La parole dans ces conditions est pour eux quasiment impossible et de fait, comme on l'a vu, leur « appareil à penser les pensées » peut être hors circuit. Quant à la parole du thérapeute elle risque fort, sous couvert de donner des « informations », de n'être qu'un subterfuge à l'angoisse qui peut l'envahir au contact de tels patients. Les angoisses archaïques sont, on le sait d'expérience et cela a été fort bien décrit par Racamier (1980), extrêmement contagieuses. Résultat possible de ces paroles inconsidérées : la rupture du contact, la désauthentification (le patient s'aperçoit que ce qu'il est en train de vivre n'est pas en correspondance de sens avec ce qui se passe dans la psyché du thérapeute) et un très grand malaise du thérapeute lui-même plus ou moins contaminé par ces angoisses face à un patient encore plus seul qu'avant.

Ce temps initial est donc le temps d'un « maternage archaïque » respectueux, base d'un accompagnement adéquat. Comment peut-il se réaliser ? Comme Lukoff l'a évoqué, sous la forme de soins infirmiers attentifs avec une équipe spécialement et idéalement formée pour cela.

Passée la phase aiguë, des entretiens psychothérapiques pourront être instaurés, l'urgence spirituelle pourra commencer à être pensée (pansée). Avec la remise en place des processus de pensée (processus dits secondaires) le sujet va pouvoir restaurer ses barrières psychiques

mises à mal dans l'expérience qu'il vient de vivre. Accéder aussi au sens de ce qu'il a vécu, en élaborer les conséquences.

Au-delà de la question de la médication déjà évoquée, les urgences spirituelles prennent le corps psychiatrique en porte à faux. Il existe dans le champ de la thérapie — mais cela concerne aussi les regards portés sur la pathologie (ou l'apparente pathologie) et donc les diagnostics — deux grandes références (en termes plus appropriés deux positions paradigmatiques).

Du côté (qu'on pourrait référer au paternel), le verbal, l'intelligible, le contrôlable, l'analytique, la recherche ou la quête du sens, l'autonomie, le séparé, l'ouverture au monde, au social, aux relations extérieures. De l'autre coté (maternel), l'affectif, le sensible, le sensoriel, l'archaïque, l'infraverbal, l'intuitif, le synthétique, le symbiotique, voire le fusionnel, le monde intérieur, la relation à soi-même.

Freud, génial découvreur comme on le sait, a construit la psychanalyse (en tant que pensée et en tant que pratique) sur la seule figure du père, comme ce fut le cas pour Lacan, avec les conséquences que cela a pu avoir sur le climat culturel et psychiatrique actuel.

D'autres auteurs ont cependant réintroduit la figure de la mère. Ferenczi l'un des premiers puis Bion, Winnicott, Anzieu, Diatkine ou encore Racamier. Mais pour décisifs que furent tous ces travaux, leurs impacts sont restés limités par rapport à cet objectif qui nous paraît des plus primordiaux : articuler au mieux dans le champ de la thérapie, selon les moments de détresse ou de quiétude, selon les situations, l'évolution, les capacités à entendre ou pas, à parler ou pas, les aspects paternels et maternels de la relation thérapeutique. Il est possible que jusqu'à présent cette articulation/intégration ait été des plus difficiles.

Nous soutiendrons pour notre part l'extrême nécessité de savoir articuler ces deux grands axes de la thérapie (Leroy-Terquem et Si Ahmed, 2000) : l'affect et sa bonne gestion, la quête du sens et sa bonne gestion. Les intenses manifestations affectives déployées au cours des urgences spirituelles et des thérapies centrées sur les changements d'états de conscience, ne suffisent pas toujours à amener le sujet à intégrer ses expériences. Comme le rappelle Michel Cazenave (1999) « renier l'intelligence, révoquer l'intellect

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

et son principe de raison, c'est s'interdire toute possibilité de compréhension sans laquelle aucune science ne peut plus se construire, c'est de fait mutiler l'âme en ce que celle-ci participe d'un effort vers l'intelligible, et d'un effort dont on doit bien reconnaître qu'elle le constitue par ailleurs ».

De la même manière et en paraphrasant Michel Cazenave, on pourrait rajouter qu'ériger l'abord intellectuel en principe unique d'appréhension et de compréhension, c'est s'interdire toute possibilité d'accès à certains aspects fondamentaux de la vie psychique. Mais aussi à toutes ces ouvertures, ces levées de censure et de refoulement, que permettent les thérapies d'abord psycho-corporelles et la place qu'elles accordent à l'intuitif, à l'affectif, au sensible.

Illustrations cliniques

Deux cas cliniques permettront d'illustrer dans le contexte qui est le nôtre, la façon particulière d'aborder ce qui se présente soit comme une quête spirituelle avortée (Serge) soit comme une urgence spirituelle (Viviane).

Serge dans le « Grand Bleu » ou l'alcoolisme en tant que quête spirituelle avortée

C'est par sa mère, collègue et amie d'un participant au TRH que Serge, s'est inscrit pour une session de respiration holotropique. La trentaine, obèse, pas rasé, transpirant, débordant d'angoisse, dans un mélange d'imbibition alcoolique et neuroleptique. Pendant la présentation théorique et pratique il reste avachi, et se laisse passivement choisir par une participante.

Après une courte phase d'hyperventilation, il plonge dans un état d'immobilité totale. Apparaissent quelques changements perceptibles sur son visage, et même une sorte « d'extase » comme s'il *participait* à un événement extraordinaire. Aucune intervention de notre part ne s'avère nécessaire, si ce n'est pour le bilan de fin de séance afin de nous assurer qu'il quitte la salle en ayant heureusement terminé son expérience.

Serge apparaît comme « lavé », et dans un premier temps ne fait que quelques commentaires laconiques. « Tout s'est bien passé, dit-il et répète-il, je n'aurais jamais pensé vivre une chose pareille. » Au cours du groupe d'élaboration en cette fin de journée, il explicite un peu plus le contenu de son expérience. Il « a vraiment vécu le Grand Bleu » (en référence au film sorti sur les écrans quelques mois plus tôt), il s'est vu dans les profondeurs

des eaux, il y a vécu des instants de bonheur absolu. Il n'est pas très prolixe, mais associe cependant sur une passion depuis longtemps oubliée : la plongée sous-marine qu'il pratiquait pendant son adolescence et qu'il a abandonnée par la suite, comme beaucoup d'autres activités. Il apparaît en cette fin de journée détendu, heureux, répétant avec étonnement et ravissement : « Je sens que quelque chose a changé... je comprends pas... je ne pensais pas vivre une telle expérience. »

Le lendemain Serge n'est visiblement plus le même ; il est rasé de près, détendu, extrêmement présent, sans aucune angoisse. Il accompagne sa partenaire, de façon parfaite, intervenant juste quand et comme il le faut (la partenaire qui l'avait choisi s'avère une respirante particulièrement agitée) pour protéger et cadrer les débordements moteurs de cette dernière.

Nous n'en apprendrons pas plus sur son expérience et il est tout à fait possible qu'une grande partie de ce qu'il a vécu soit restée inconsciente, du moins n'ait pas fait retour à la conscience vigile. Ce fut sa seule expérience holotropique, unique mais décisive.

On apprendra, et plus de deux ans après cette expérience, que Serge a résolu son problème d'alcoolisme, a retrouvé un métier, a quitté sa mère pour s'installer chez lui. Il ne fait pas de rapprochement conscient entre ces changements radicaux et sa séance d'holotropie et pourtant cet alcoolisme durait depuis des années, probablement à la suite du décès de son père, grand alcoolique lui-même. Depuis plusieurs mois, Serge vivait chez sa mère dans un état d'apragmatisme presque total (accentué par une neuroleptisation massive pour des troubles du comportement et des crises d'angoisse) après avoir perdu son emploi et son appartement. Vie *refermée,* misérable et sans espoir.

Son expérience holotropique pourrait s'interpréter comme l'accomplissement d'une quête jusque-là vouée à l'échec, celle de vivre ou de revivre un état hautement narcissisant dans une relation satisfaisante, comblante à la mère des premiers âges, et au-delà bien sûr, au vécu positif de la première matrice périnatale. Ce qu'il tentait d'ailleurs, mais de façon totalement dérisoire de réaliser dans la réalité en revenant habiter chez sa mère.

En complète opposition avec les dernières images du *Grand Bleu*, Serge a pu actualiser un état dans lequel loin de se perdre, il a pu se retrouver et s'ouvrir ainsi à son propre désir.

Ce que Serge cherchait dans l'alcool, dans les aléas de sa relation à sa mère réelle et sans jamais y parvenir, si ce n'est de façon extrêmement partielle, il l'a expérimenté, exploré dans sa séance holotropique. Revivre cet état de félicité primordiale, pleinement et non de la façon bégayante et avortée de l'accès éthylique ou toxicomaniaque, en a liquidé la nostalgie et l'en a totalement désaliéné.

Tandis que Serge rapportait son expérience, une phrase chantait en nous :

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Un paradis a été perdu.
J'ai longtemps cherché à le retrouver
Mais sans jamais y parvenir.
J'y suis parvenu aujourd'hui.
Je sais maintenant qu'il existe en moi,
Je sais aussi que je pourrai le retrouver,
Et que ma quête pourra un jour aboutir.

L'observation suivante a été présentée dans un contexte de parapsychologie clinique, ce qui m'avait amenée à mettre l'accent sur ses dimensions paranormales. Cette ouverture brutale des capacités psi chez Viviane se manifestait au milieu de tout un tourbillon de visons, d'hallucinations, de persécutions, de tourments, de sentiment d'être dominée par des forces irrépressibles. Je mettrai donc l'accent ici sur les dimensions d'urgence spirituelle de cette observation.

Viviane : un cas d'urgence spirituelle

Viviane est une jeune femme de 35 ans. Elle vient me consulter après m'avoir entendue dans une émission consacrée au paranormal. Elle me demande de l'aider à résoudre, plutôt à contrer ce qu'elle décrit comme les symptômes d'une possession. Ça lui parle dans son ventre sous la forme de propos hautement désobligeants, insultants et menaçants, souvent le soir et la nuit. À cette intrusion-possession se surajoutent de curieux phénomènes : son lit est secoué, ce qui la réveille au milieu de la nuit, accentuant et décuplant un *sentiment d'insécurité fondamentale*. Elle est parcourue de sensations et de courants énergétiques extrêmement puissants qu'elle décrit comme un feu intérieur qui la laisse, au petit matin, complètement épuisée.

Elle attribue ces symptômes aux pouvoirs d'un homme, avec lequel elle a entretenu une relation amoureuse et dont elle s'est séparée depuis un an. Cet homme, thérapeute énergéticien dont elle a suivi les stages par le passé, aurait sur elle des pouvoirs d'influence télépathique malfaisante responsable de son état. Le récit de ses nuits n'est pas sans évoquer effectivement des scènes de possession dignes de films d'horreur.

Viviane évolue dans un système de croyances dans lequel se retrouvent anges et démons, maîtres transcendants, entités divines et diaboliques. Ces dernières pouvant être mobilisées à son encontre par son ancien amant. Bien qu'ayant suivi un cursus médical, elle a toujours reculé le moment de son installation, vivotant de-ci de-là de remplacements et de vacations dans les périodes d'accalmie. Elle est habillée de façon harmonieuse mais

dans le registre hippie. Elle est si peu incarnée qu'elle donne l'impression d'un elfe toujours prêt à s'envoler, à disparaître. Impression de fragilité, de peu de poids tant sur le plan psychique que corporel.

En première approche, la symptomatologie de Viviane en impose pour un diagnostic de psychose plus ou moins décompensée. Elle a d'ailleurs récemment été hospitalisée pour une bouffée délirante, ses défenses et aménagements ayant été débordés après plusieurs nuits d'insomnie et de lutte contre ces phénomènes de possession, et ces visions dantesques. C'est dans un état assez voisin qu'elle vient à cette première consultation. Faut-il l'hospitaliser à nouveau ?

Certes, la question pouvait se poser. Néanmoins, à l'écouter et à l'observer, mon impression était davantage en faveur d'une *spiritual emergency*. Les secousses énergétiques dont elle était parcourue pendant l'entretien, son discours, son angoisse, sa terreur de la mort, sa fréquentation soudaine, abrupte et violente d'autres mondes, de folie, de terreur, de diableries, de personnages mythologiques, mais aussi la préservation de secteurs relativement adaptés dans la relation, sa qualité d'*insight*, les thématiques abordées, (philosophiques, spirituelles, archétypales) étayaient largement le diagnostic.

Au milieu de ce bouleversement tous azimuts, Viviane me demandait de la débarrasser de ces influences télépathiques maléfiques et de ce qu'elle appelait son « alien abdominal » (et abominable), qui lui empoisonnaient l'existence et qui la faisaient soudainement bondir dans des détentes qui surprenaient et effrayaient son entourage.

Dans un premier temps j'entrepris une sorte de psychopédagogie destinée (comme toujours) à infléchir la position de Viviane à l'égard de ses symptômes. Je lui donnais rapidement quelques très vagues informations sur les phénomènes paranormaux, sur les énergies bonnes ou mauvaises qui l'habitaient, sur l'opportunité que pouvait représenter une telle crise.

Je lui rappelais la nécessité pour toute personne pensant être influencée mentalement de restaurer les barrières psychiques souples et efficientes. Je donne d'ailleurs souvent dans ces cas-là l'exemple de barrières douanières qui, si elles sont trop rigides empêchent les communications et les échanges et, par là même, l'enrichissement de deux pays, et le risque, lorsque trop facilement ouvertes, d'un envahissement des uns par les autres, de troubles économiques et d'intrusion. « D'où l'importance d'apprendre, et vous pouvez le faire, à jouer avec vos barrières psychiques pour savoir quand vous devez laisser entrer ou sortir des idées, des propos, des pensées bonnes ou mauvaises. » Ces propos étant délivrés avec une voix légèrement sophronique en mettant en exergue, en soulignant par une inflexion particulière les mots les plus importants.

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Rétablir le statut du dedans et du dehors, commencer à poser l'hypothèse de son implication/participation à ce qui lui arrivait, expliciter ces états, et poser la possibilité de restaurer des barrières psychiques déficientes, tels étaient les plus grands impératifs et je lui en fis part.

Par ailleurs, devant cette intense souffrance historique et actuelle, devant la profusion, la violence et la richesse du matériel émergeant au cours de cet épisode, l'indication d'un TRH accompagné d'entretiens réguliers, s'imposa à moi comme la meilleure façon possible d'aider Viviane à vivre, déployer et intégrer cet état de crise et apprendre à mieux gérer et utiliser ce qui s'avérera au cours du travail, de réelles capacités psi, de réelles ouvertures spirituelles.

Les différents temps de l'accompagnement thérapeutique de cette patiente sont plus ou moins intriqués. D'abord poser le cadre : expliciter une telle crise dans son évolution, poser les objectifs, définir un contrat thérapeutique. Dans un second temps, je l'amenais à parler plus précisément de sa relation à cet homme devenu l'objet persécuteur et agent allégué de ses symptômes présentés comme paranormaux. Dès que Viviane put reconnaître la souffrance générée par cette séparation et commencer le deuil de cette relation, les manifestations psychokinétiques s'atténuèrent mais pas le syndrome d'influence. Il subsistera d'ailleurs bien longtemps après que l'état de cette patiente s'est amélioré, ce qui me fera pencher vers une certaine réalité des agissements psi de cet homme.

Au fil de ce travail, Viviane prit progressivement conscience de son ambivalence à l'égard de ses symptômes : ce syndrome d'influence était aussi pour elle le moyen inconscient de maintenir le lien et de penser que l'autre le maintenait aussi.

Elle se mit à dessiner d'abondance entre ses séances de psychothérapie et plus tard au décours de ses voyages holotropiques auxquels je lui avais proposé, parallèlement à ce travail verbal, de participer.

Son comportement lors de ces séances holotropiques fut des plus singuliers. Totalement immobile pendant un temps, puis passant sans transition à un état d'extrême agitation, comme si elle mettait en scène les deux moments forts de ses difficiles nuits : l'entrée dans le sommeil puis le réveil avec la sensation d'angoisse au ventre, les grandes secousses de son lit et d'elle-même. L'insécurité fondamentale se remettant en scène dans ce contexte.

Le matériel mis à jour par Viviane concerna également les reviviscences intra-utérines (première matrice périnatale, notamment la fin de la gestation) : moments rares de félicité brusquement entrecoupés de vécu de trahison, d'empoisonnement, de pollution, d'intoxication qu'elle put mettre plus tard en lien avec le massif rejet de cette grossesse (par sa mère) et de probables manœuvres abortives. Elle retrouvait de ce fait ce qu'avait

pu être le vécu de sa mère pour qui Viviane fœtus représentait un alien dont il fallait se débarrasser.

Le véritable empoisonnement de son vécu fœtal fut sûrement à l'origine d'une sensibilité télépathique particulière à toute menace psychique rappelant par sa qualité cette première *influence* désastreuse de la mère, non compensée par la présence réelle ou imaginaire du père. On comprend que ces épreuves fondamentales se soient ravivées lorsqu'elle se trouva face à une situation (rejet, trahison, par son partenaire) y faisant singulièrement écho, déclenchant de ce fait cette crise psycho-spirituelle ayant pris la forme d'une bouffée délirante puis d'un syndrome d'influence.

Cette situation était d'autant plus piégeante et pathogène que, lors de stages énergétiques, avec ce professeur qui était aussi son amant, la plus grande confusion s'était instaurée entre maîtrise et assujettissement, moi et non-moi, symbolique et imaginaire, amour et persécution, etc.

Viviane a pu ainsi traverser la « nuit noire de l'âme » peuplée de monstres pour accéder à des expériences élationnelles et un travail intérieur remarquable, la faisant évoluer vers une libération et la réalisation d'elle-même.

Épilogue

Le temps a passé, je n'avais plus de nouvelles de Viviane depuis plus de cinq ans. Alors même que je rédigeais cette observation et me trouvais tout à fait « par hasard » dans un quartier de Paris (dans lequel je n'étais pas allée plus de dix ans), je m'entendis appeler par mon nom. Viviane se présenta à moi, somptueuse, syntone, heureuse de vivre, de me rencontrer et de me donner des nouvelles d'elle-même et de son métier, de sa découverte des médecines alternatives, me montrant par là la transmutation extraordinaire de ses capacités affolantes en capacités de voyance, d'intuition et de guérison parfaitement intégrées dans sa pratique et sa vie.

Comme si cela ne suffisait pas, en cherchant quelques jours plus tard une référence dans ma bibliothèque, une carte de vœux tomba d'un livre au titre évocateur *Résurgences et dérivés de la mystique*. Cette carte m'avait été adressée par Viviane il y a de nombreuses années, bien après la fin de son travail psychothérapique et holotropique. Carte sur laquelle elle écrivait : « Que tous les astres de la voûte céleste vous soient cléments cette année et vous permettent d'aider beaucoup de psychés divaguant sur des mers un peu trop houleuses... Pour moi la mer semble plutôt calme en ce moment, même si du fond montent parfois quelques reflets inquiétants. »

© InterEditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

BIBLIOGRAPHIE

American Psychiatric Association, DSM-IV, et Guelfi J.-D. (trad. coord.) (2003) DSM-IV-TR : *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4e éd., texte révisé, version internationale avec les codes CIM-10, Issy-les-Moulineaux, France, Masson.

ANZIEU D. (1975). *Le Groupe et l'Inconscient*, Dunod, Paris.

ASSAGIOLI R. (1989) « Self-realization and psychological disturbances », in *Spritual Emergency*, Grof S. et Grof C. (éd.) , LA, Jeremy P. Tarcher.

BETTELHEIM B. (1976). *Psychanalyse des contes de fées*, Paris, Robert Laffont.

BION W. (1979). *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF.

CAZENAVE M. (1999). « Préface », in *Le Divin dans l'homme*, *Jung C.G.* Paris, Albin Michel.

DUCORNET P. (2006). Conférence donnée à la 64e journée du Collège Homéopathique de France (CHF).

DUMAS D. (1992). « La NDE, la naissance, l'ange et le fantôme », in E. Mercier (sous la dir.), *La Mort transfigurée*, Paris, L'Âge du Verseau.

ELIADE M. (1957). *Mythes, rêves et mystères*, Paris, Gallimard, coll. « Folio Essais ».

GROF C. (1994). *Soif de vivre*, Paris, Éd. Le Souffle d'or [Original en anglais : *Thirst for Wholeness*, San Francisco, Harper, 1993].

GROF S (1984). *Psychologie transpersonnelle*, Paris, Le Rocher. [Original en anglais : *Beyond the Brain : Birth, Death and Transcendance in Psychotherapy*, Albany (NY), State University of New York Press, 1981.]

GROF S., GROF C. (1994). *À la recherche de soi*, Paris, Le Rocher [Original en anglais : *The Stormy Search for the Self*, 1990.]

GROF S., GROF C. (1989). *Spiritual Emergency*, LA, Ed. Jeremy P. Tarcher.

GROF S. (2000). *Pour une psychologie du futur*, Paris, Le Rocher, 2002.

HULIN M. (1993). *La Mystique sauvage*, Paris, PUF.

JAMES W. (1902). *Les Formes multiples de l'expérience religieuse*, rééd. Éd. Exergue, 2001.

JUNG C.G. (1957). *Le Divin dans l'homme, lettres sur les religions,* choisies et présentées par M. Cazenave, Paris, Albin Michel, 1999.

JUNG C.G. (1961*a*). *Ma vie. Souvenirs, rêves et pensées*, Paris, Gallimard, 1966.

JUNG C.G. (1961*b*). *Un mythe moderne*, Paris, Gallimard.

JUNG C.G. (1963). *L'Âme et la vie*, Paris, Buchet-Chastel.

JUNG C.G. (1971). *Les Racines de la conscience*, Paris, Buchet-Chastel.

KAËS R. (1976). *L'Appareil psychique groupal*, Paris, Dunod.

LAING R. (1989) « Transcendental experience in relation to religion and psychosis », in Grof S. et Grof C., *Spiritual Emergency*, LA, Jeremy P. Tarcher.

LAPASSADE G. (1990). *La Transe*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ».

LARCHER H, (1981). « L'odyssée de la conscience », in *Bulletin de la société de thanatologie*, n° 50.

LE BLOND N. (1990). « États mystiques de sainte Thérèse d'Avila et NDE », in E. Mercier (sous la dir.), *La Mort transfigurée*, Paris, L'Âge du Verseau.

Leroy-Terquem G., SI AHMED D. (2000). « La respiration holotropique », in P. Wallon (sous la dir.), *Guérir l'âme et le corps*, Paris, Albin Michel.

LUKOFF D. (1985*a*). « Diagnosis of mystical experiences with psychotic features », *Journal of Transpersonal Psychology*, vol. 17.

LUKOFF D. (1985*b*). « The myths in mental illness », *Journal of Transpersonal Psychology*, vol. 17, n° 2.

LUKOFF D. (2007*a*). « Visionary Spiritual Experiences », *Southern Medical Journal*, vol. 100, n° 6, juin 2007.

LUKOFF D. (2007*b*). « Spirituality in the Recovery from persistent Mental Disorders », *Southern Medical Journal*, vol. 100, n° 6, juin 2007.

MACK J.E. (1995). *Dossier extraterrestres*, Paris, Presses de la Cité.

MASLOW A. (1964). *Religions, Values and Peak Experiences*, Colombus University Press.

MASLOW A. (1972). *Vers une psychologie de l'être,* Paris, Fayard, 1972,

MERCIER E. (sous la dir. de) (1992). *La Mort transfigurée*, Paris, L'Âge du Verseau.

MOODY R. (1975). *La Vie après la vie*, Paris, Robert Laffont, 1976.

OTTO R. (1917). *Le sacré. L'élément non rationnel dans l'idée du divin, et sa relation avec le rationnel*, Paris, Payot, 1949. Rééd. 2001.

PAHNKE W.N, (1966). « Drugs and mysticism », *The International Journal of Parapsychology*, vol. VIII (n° 2), 1966, 295-313.

PERRY J.W (1976). *Roots of Renewal Myth and Madness*, San Francisco, Jossey-Bass.

PERRY J.W (1990). « Spiritual emergence and renewal », in *The Stormy Search for the Self*, trad. fr. *À la recherche de si*, Paris, Le Rocher, 1994.

RACAMIER P.C. (1980). *Les Schizophrènes*, Paris, Payot.

RING K. (1991). *En route vers oméga*, Paris, Robert Laffont,

SANELLA L. (1990). « The Kundalini : classical and clinical », in *The Stormy Search for the Self*, trad. fr. *À la recherche de si*, Paris, Le Rocher, 1994.

SCHNETZLER J.-P. (1995). *De la mort à la vie. Dialogue Orient-Occident sur la transmigration*, Paris, Dervy.

SI AHMED D. (1992). « Transformation du rapport au corps et réussite de l'intégration dans la NDE », in E. Mercier (sous la dir.), *La Mort transfigurée*, Paris, L'Âge du Verseau.

SI AHMED D. (2006). *Comment penser le paranormal, Psychanalyse des Champs Limites de la Psyché*, Paris, L'Harmattan.

STEVENSON I. (1974). *Vingt cas suggérant la réincarnation*, Paris, Sand, 1985.

TART C. (1990), Altered states of consciousness.

THURSTON H. (1986). *Les Phénomènes physiques du mysticisme*, Paris, Le Rocher.

VON FRANZ M.L. (1970. *L'Interprétation des contes de fées*, Paris, Dervy Livres, 1987.

WOOLGER R. (2000). « Past-life Therapy, Trauma Release, and the Body » http://www.rogerwoolger.com/images/Body%20Paper.pdf.

10

EXPÉRIENCES DE HANTISE ET DE POSSESSION

Isabelle de Kochko et Djohar Si Ahmed

> Il s'agit d'une grande bâtisse qui fut une maison de retraite et auparavant une école privée. Les propriétaires actuels souhaitent la vendre car elle n'a jamais rapporté que des ennuis : vingt ans de procès avec les voisins, un vrai gouffre à argent et à énergie. Les phénomènes sont importants. Une des propriétaires décrit : « Nous n'y habitons pas mais il y a toujours une sensation de malaise quand on entre dans cette maison. Une fois qu'on nettoyait les pièces du bas, l'alarme se met en route seule, puis des chuchotements, une voix de femme alors qu'il n'y avait personne et ensuite des coups très forts dans les volets. Nous étions dans la véranda, on entend alors un vacarme dans l'escalier comme si des meubles dévalaient les marches. On vérifie : rien ni personne. Encore récemment, alors que les plantes ont en général besoin d'engrais dans le jardin, elles se sont mises à pousser rapidement et de façon anarchique, dans tous les sens. On jardinait donc et j'ai entendu du bruit venant des chambres du haut, un vrai tapage. En poussant la porte d'entrée, les bruits violents venaient des murs du hall. On est repartis sans traîner. »
>
> *Témoignage d'une maison hantée dans la banlieue parisienne (INREES, 2008).*

> Les symptômes de cette jeune femme ont duré plusieurs années. Le ressenti de possession s'est installé progressivement après une expérience d'écriture automatique. Elle explique : « J'entendais une voix puis une seconde après, l'écriture se déclenchait. Au cours des jours les phrases sont devenues accusatrices, menaçantes. J'avais peur. » Elle a la sensation d'une forme à côté d'elle qui ressent tout et la manipule comme une marionnette. Elle n'est plus maître de ses pensées ni de ses paroles, peut changer de tonalité (voix de petite fille, colérique, métallique...), a souvent de fortes

colères, contre la famille par exemple. La voix démonte ses raisonnements logiques, la convainc que ce qu'elle voit ou sent n'est pas réel, que les autres sont dangereux ou faux. Ses gestes sont automatisés et contraints « J'ai été obligée de prendre une douche glaciale, comme si c'était le bras de quelqu'un d'autre qui dirigeait. » Vivant seule, elle était terrorisée chez elle, elle rapporte qu'elle entendait des bruits, des meubles qui craquent, disait voir l'eau sortir du robinet horizontalement en faisant un coude, la chaîne stéréo s'allumer toute seule, des ombres noires apparaître. Désemparée, elle a pensé au suicide. Il y a eu plusieurs hospitalisations. Elle affirme que les anxiolytiques et les neuroleptiques n'ont eu que très peu d'effet et que les symptômes n'ont cédé qu'à travers un travail spirituel personnel qui a duré longtemps.

Témoignage d'une possession dans le sud de la France (INREES, 2009).

Le contexte est celui d'une famille dont le grand fils a vu sa santé physique et psychique décliner pendant des années. Les parents rapportent : « Personne ne savait ce qu'il avait. On a couru toutes sortes de médecins pour tenter de faire un diagnostic, jusqu'à un séjour en clinique psychiatrique, tellement il se sentait mal, ne pouvant plus parler ni bouger, ni même manger. Le choc a été de retrouver une petite figurine avec des clous fichés dans le corps et des fils autour du cou, cachée dans le jardin. Nous pensons que cet objet a été placé par quelqu'un qui a trahi notre confiance. » Après une séance de « désenvoûtement », le jeune homme voit ses forces revenir progressivement. Au plus fort de sa souffrance, son jugement n'a jamais été suspendu et il se rendait parfaitement compte de ce qui se passait autour de lui. Ses capacités d'introspection et sa mémoire n'ont pas été altérées.

Témoignage d'une possession avec conviction d'envoûtement dans l'est de la France (INREES, 2008).

DÉFINITION ET PRÉVALENCE

Définitions

Possession, hantise, envoûtement

La possession

Sentiment et sensation d'une présence aliénante, ayant investi, envahi littéralement son monde intérieur et son corps. Cette présence sera, selon les cultures et les lieux, liée à une divinité, un *djinn*, un esprit, un

☞

☞ ancêtre ou un démon. De ce fait, l'interprétation qui en sera faite et donc l'approche qui en sera proposée sera différente selon les cultures et les présupposés.

La hantise

Sentiment et sensation que l'environnement est habité par une présence dont l'action est diffuse et invisible, mais en général récurrente et malveillante.

L'envoûtement

Action dont le but est d'infliger à une figure de cire des traitements sauvages (piqûres, coups, etc.) qui par effet de déplacement atteindront la personne représentée par cette effigie. Par extension, être envoûté signifie se trouver sous l'emprise de l'autre, soit de façon positive (emprise d'amour), soit de façon négative (emprise de haine). La magie, la sorcellerie, sont des techniques codifiées visant à assujettir l'autre, (ou à le détruire) par des forces, des puissances hostiles, supposées occultes : le sujet est alors possédé, envoûté.

À côté des phénomènes de grande hantise (liés à un lieu, par-delà le temps, par-delà les vivants actuels), existent les petites hantises (celles dont nous parlerons ici), liées à une personne ou une famille, et en général superposable au *poltergeist* (ou « esprit lutin » selon l'expression allemande). Elles désignent diverses manifestations : bruits, craquement de meubles ou de plancher, déplacements, disparitions ou apparitions d'objets, etc., sans aucune cause apparente ou logique.

Les phénomènes de possession et de hantise renvoient à des expériences en rupture avec l'ordre habituel du monde, et dans leurs formes majeures impliquent des vécus persécutifs, voire terrifiants. Et pour cause... quelque chose d'extérieur, d'étrange, d'étranger, *ou vécu comme tel*, s'insinue, infiltre, prend « possession » de l'espace intérieur du sujet, de son âme (possession) mais aussi de son cadre de vie, de son habitation, de son environnement (hantise). Dans tous les cas, c'est une expérience qui bouleverse les repères habituels et compromet la fiabilité habituelle du monde (intérieur et extérieur). La réalité n'est plus tout à fait ce qu'elle était.

Enfin, l'envoûtement peut être lié à la hantise et à la possession.

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Prévalence, ampleur du phénomène

Les hantises et les possessions sont des expériences universelles retrouvées dans toutes les populations et dans toutes les classes sociales. Il n'existe cependant pas à notre connaissance de statistiques disponibles sur la hantise et la possession dans les pays occidentaux. Les sondages dans un tel domaine, posent problème. Reflètent-ils une réalité épidémiologique, une croyance, un moment dans l'histoire des mentalités ?

Ainsi on dispose d'un sondage Gallup réalisé en 1990 auprès de la population américaine selon lequel 9 % des personnes interrogées affirment « avoir vu ou *ressenti* la présence d'un fantôme », 14 % déclarent avoir été « dans une maison dite hantée ». Un autre sondage (Gallup 1984), portant sur « d'éventuels contact avec des décédés », a obtenu un taux de réponses positives de 40 % (Catala, 2004, p. 173-174).

Autre approche possible (pour juger de l'ampleur de la possession-hantise) : les demandes d'exorcisme. Il existe en France un prêtre exorciste catholique dans chaque paroisse, soit un peu plus d'une centaine au total. Lesquels reçoivent en moyenne vingt-cinq mille demandes par an mais ne donnent suite qu'à une toute petite partie de celles-ci.

Prêtres orthodoxes, pasteurs évangéliques, imams sont aussi très sollicités et d'autant plus que leurs critères d'acceptation sont souvent beaucoup moins rigides que ceux de l'Église catholique. Mais le plus souvent — lorsque la possession n'est pas attribuée à une infestation diabolique —, des magnétiseurs-guérisseurs-désenvouteurs sont sollicités.

Perçues par la psychiatrie comme autant de catégories morbides, possessions et hantises sont, selon les cas, rangées sous les étiquettes de syndromes d'influence, bouffées délirantes, décompensation psychotique, délire paranoïaque, etc. Étiquetage qui rend vain toute évaluation statistique, surtout lorsque l'on prend en compte l'existence de formes mixtes ou transitoires qui procèdent aussi bien du psychiatrique que du paranormal. On comprend donc la défiance des possédés et des envoûtés à l'égard du monde médico-social. Ils savent, bien entendu, que ces expériences heurtent l'idéologie médicale contemporaine. Cependant les références scientifiques

de la culture occidentale, sont aussi les leurs. À l'épreuve de la possession s'ajoute celle d'un conflit existentiel entre leurs références rationnelles ou pseudo-rationnelles et leur vécu.

CONTENU ET DESCRIPTION DE L'EXPÉRIENCE

La possession et la hantise sont polymorphes dans leur phénoménologie et varient sensiblement selon les cultures et les époques.

Hantise

Comme nous l'avons dit plus haut, on distingue deux types de hantise :

- la *grande hantise* ou hantise d'un lieu où des événements souvent tragiques se seraient déroulés. Celle-ci a une connotation nettement culturelle et sociale quand l'histoire est connue de tous et appartient au pays. En effet, nous connaissons tous ces références culturelles et la « banalité » d'une hantise dans un château écossais ou certains lieux et cimetières, qui transforment ces récits en légendes qu'il devient difficile de considérer comme fiables. Quoi qu'il en soit, la grande hantise est en relation avec des *sensations de présence* extrêmement prégnantes d'apparitions, accompagnées de souffle glacé et parfois constatées par différents témoins. Elle semble liée davantage aux lieux qu'à des problématiques individuelles ou familiales. Tout se passe comme si ces grandes hantises (fantômes, etc.) pouvaient se dérouler indépendamment des vivants et ce, sur des décennies, voire des siècles ;
- *la petite hantise* (dont il sera, avec la possession, essentiellement question dans ce chapitre), peut être le fait d'une personne ou d'un groupe de personnes. La phénoménologie est très vaste et peut aller de manifestations subjectives à des manifestations objectives localisées dans le monde extérieur. Cela peut aller d'une sensation de présence à toutes les manifestations apparentes de cette présence : bruits mimant des bruits communs, mais sans source déterminée (par exemple, bruits de pas dans l'escalier, de porte qui s'ouvre), apparitions de formes partielles ou complètes ; déplacements inexpliqués d'objets (en particulier

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

des lithobolies, ou chutes inexpliquées de pierres auxquelles on attribue des dégâts matériels parfois importants (Cuénot, 1966 ; Lecouteux, 2007)), disparitions ou apparitions inexpliquées d'objets. D'autres phénomènes subjectifs peuvent venir étayer cette impression de présence : cauchemars, paralysie du sommeil, sensations physiologiques inexpliquées (notamment variations extrêmes de température).

Possession

Que ce soit dans la Bible, dans les récits de l'Antiquité grecque ou du Moyen Âge et de la Renaissance, la possession par des esprits malveillants ou diaboliques est omniprésente. Ces esprits peuvent être des *djinns*, des ancêtres, des dieux ou des démons dans les cultures traditionnelles, ou l'âme des morts chez les adeptes du spiritisme.

Il s'agit cependant de distinguer deux formes de possession :

- celle non contrôlée, envahissant et bouleversant celui qui en est l'objet ;
- la possession encadrée et faisant partie intégrante d'un rituel, s'inscrivant dans une tradition

Le diagnostic de possession peut être posé (à tort ou à raison) par le sujet lui-même qui interprétera certains symptômes comme venant d'ailleurs, ou encore par un praticien (exorciste, médium, guérisseur ou magnétiseur) qui en reconnaîtra ou croira en reconnaître les signes spécifiques. Ou encore par l'entourage.

Dans la majorité des cas cette sensation d'être possédé est très mal vécue, dans la mesure où les intentions de cet esprit sont ressenties comme malveillantes, porteuses d'un danger diffus, ce qui entraîne des difficultés d'endormissement ou des réveils brusques à la suite de cauchemars, perte d'appétit, et épuisement. Certes, tout état d'angoisse ou d'insécurité peut être à l'origine de tels troubles, mais se vivre « possédé » implique la sensation d'une présence d'autant plus menaçante qu'elle est invisible, l'impression d'être surveillé, d'entendre des voix dans sa tête, ou d'être en butte à des idées obsédantes « imposées de l'extérieur ». La teneur de ces idées ou de ces voix est souvent agressive, culpabilisante et souvent dévalorisante

pour le sujet ou pour autrui. Ces symptômes peuvent faire penser à un syndrome d'automatisme mental.

Parallèlement, la composante relationnelle se détériore : les relations à autrui deviennent difficiles, l'irascibilité ou les colères franches apparaissent, les difficultés d'investissement affectif conjointes à la peur de la solitude sont à l'origine d'un conflit existentiel majeur.

Les crises de possession évoluent par poussées. Les « possédés » se décrivent manipulés comme une marionnette : ils peuvent rester conscients mais agissent involontairement que ce soit dans leur motricité, leur discours, le ton de leur voix ou dans leurs actes.

Un certain nombre de phénomènes se présentent de façon beaucoup plus rare et plus spectaculaire. Il s'agit de stigmates (marques sur le corps), de xénoglossognosie (connaissance paranormale de langues étrangères), de modifications physiologiques, de phénomènes de lucidité (perceptions extrasensorielles, en particulier dans le cadre de la possession induite dans un état somnambulique, médiumnique ou chamanique) et de phénomènes semblables à la hantise.

Hantise et possession sont donc, et sauf exceptions, vécues sur un mode hautement persécutif. Ceci a pu conduire les psychanalystes à parler d'objet persécuteur intérieur ou extérieur. La place de l'objet persécuteur ne suffit donc pas, dans cette perspective, à séparer aussi nettement qu'on a pu le faire jusque-là ces deux phénomènes, d'autant que dans la réalité clinique on a pu observer des formes de passage de l'un à l'autre. Nous emploierons donc au cours de ce chapitre les termes de hantise et de possession comme synonymes, ou coextensifs l'un de l'autre.

QUELLES SONT LES SUITES D'UNE TELLE EXPÉRIENCE ?

Pour le sujet

L'évolution chez un sujet possédé ou hanté peut prendre différentes formes et dans certains cas, les effets de ce type d'expérience vont créer des désordres psychopathologiques. En effet, le sentiment persécutif induit une mauvaise image de soi occasionnant une fragilisation narcissique et un sentiment de totale impuissance. Un sentiment d'isolement et de vulnérabilité peut s'amplifier auxquels

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

s'ajoutent des questionnements auto-dépréciatifs et culpabilisants « Qu'ai-je fait pour mériter une telle punition ? », « Je ne suis pas assez fort pour faire cesser ça », pouvant être à l'origine d'un état dépressif grave avec idées suicidaires et parfois suicide réel.

De ce fait, certaines possessions ayant toutes les apparences d'un syndrome d'influence pourront connaître un destin psychiatrique, devenant de ce fait un authentique syndrome d'influence ou le point de départ d'un délire paranoïaque. La possession moment psychotique (ou possiblement psychotisant) chez une personne qui ne l'était pas jusque-là, devient alors synonyme de décompensation avec tous les risques d'une entrée dans un cursus psychiatrique.

Dans d'autres situations, possession et hantise se présentent sous la forme d'un trouble passager, qui peut n'advenir qu'une fois dans la vie du sujet. Cela peut cependant entraîner un changement plus ou moins important dans son mode d'être au monde en fonction de l'impact de cette expérience, des aménagements et des recours mis en place (exorcisme religieux, thérapie, départ du lieu présumé hanté, etc.). Il arrive aussi que se développe, d'une façon très discrète, voire tout à fait secrète, une relation imaginaire semblable au compagnonnage imaginaire des enfants. Le sujet pense avoir des relations privilégiées d'ordre télépathique ou par « signes », avec une ou plusieurs entités surnaturelles. Cette entité peut être figurée comme un ancêtre ou un proche décédé, un ange gardien, un esprit bienveillant, un génie de la maison, etc. Cette vision du monde, de référence culturelle ou personnelle, peut être tout à fait compatible avec une vie normale mais elle peut aussi introduire des comportements de type ritualiste et la non-observance du rituel peut devenir elle-même anxiogène. Ces mécanismes de type magico-religieux sont à rapprocher de ceux de la névrose obsessionnelle **(**Freud 1907, 1927, 1929).

La possession-hantise peut également être un des éléments d'une crise psycho-spirituelle et constituer à ce titre un moment crucial dans un cheminement évolutif (*cf.* chap. 9).

Pour le sujet et son entourage

Les proches sont bien entendu affectés de façon différente par ces phénomènes difficilement compréhensibles et peu partageables.

Ils peuvent ainsi littéralement abreuver le sujet de conseils et d'interprétations en tous genres. S'éloignant du groupe familial et de leurs proches, certains s'isoleront, d'autres tenteront des rapprochements avec des voisins ou des collègues qui pourront parfois raconter des histoires semblables arrivées à eux-mêmes ou à leur entourage.

En outre, l'expérienceur peut s'interroger avec angoisse sur l'impact et la possible reprise de cette expérience chez ses enfants. Ainsi, il sera attentif aux récits étranges de ceux-ci, cherchant à y déceler les traces d'une sensibilité particulière qui attesterait d'une sorte d'« hérédité ». Les troubles du comportement ou l'angoisse des enfants corroborent, bien à tort évidemment, la réalité supposée objective de ce phénomène.

La hantise, et surtout la hantise « extériorisée », le *poltergeist* ne donnent pas lieu aux mêmes aménagements, car elle mobilise davantage l'ensemble de la famille, soudée soudainement autour de cette hantise. Situation très différente du phénomène de possession qui amène le sujet, non seulement à devenir étrange et étranger à ses propres yeux mais aussi à son propre groupe familial.

Pour le sujet et la société

La plupart des cas restent confinés dans la sphère familiale ou dans l'entourage proche mais pour certains cas de hantise, il arrive que les médias interviennent. Ceci n'est jamais souhaitable pour la personne hantée dont l'anonymat est souvent trahi. Qui plus est, il y aura toujours, selon les observations de Von Lucadou et Zahradnik (2004), une phase au cours de laquelle certains membres de l'entourage jouent un rôle critique face à ces manifestations, discréditant les témoins. D'autres seront intrigués ou fascinés par l'étrange, et chercheront à observer par eux-mêmes le phénomène en s'introduisant dans ces lieux hantés. Ces diverses intrusions dans la vie de ces familles hantées sont souvent mal vécues par ces dernières et les conduits à se renforcer dans l'idée qu'elles sont les victimes d'une persécution, ou encore simples témoins de ce qui pourtant leur arrive.

Devant l'absence d'authentification de l'expérience vécue, on comprend alors que ces personnes hantées ou possédées s'éloignent

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

du circuit médico-psychologique traditionnel dont les catégories nosologiques sont au demeurant parfaitement inadaptées.

La personne hantée ou possédée se tournera rapidement vers des praticiens tels que guérisseurs, magnétiseurs, exorcistes non officiels, ou radiesthésistes. Il y a certes parmi ces praticiens des personnes honnêtes et sincères, ayant une écoute et une action ritualisée ayant son efficacité, toutefois, la personne hantée entre de fait dans un domaine non réglementé où les abus et les savoir-faire fantaisistes sont nombreux. De même des relations d'emprises peuvent se développer dans de tels contextes. Beaucoup témoignent de leur errance, allant d'espoir en déception avec de grandes pertes financières. L'adhésion au système de croyances d'un praticien peut également être une porte d'entrée vers des dérives sectaires, ou tout au moins, à une soumission inconditionnelle à un supposé pouvoir salvateur et à celui censé le détenir.

LES DIFFÉRENTS REGARDS SUR LA HANTISE ET LA POSSESSION

Dans les sociétés traditionnelles

La description par l'ethnopsychiatrie des phénomènes de possession dans les pays traditionnels recoupe sensiblement ce que nous observons sous nos latitudes. Tobie Nathan (1986) distingue :

- d'une part la possession-symptôme, non contrôlée, qui entraîne chez le sujet une inhibition massive des fonctions vitales et physiologiques : mutisme, isolement, troubles de la locomotion, apragmatisme, avec parfois des dermatoses, dysurie, etc. ;
- d'autre part la possession-thérapie, qui consiste en l'utilisation par le maître de la possession (chamane, guérisseur) des symptômes présentés par le sujet pour conduire, selon une séquence codifiée, un processus thérapeutique. Le chamane, intermédiaire entre le monde réel et celui de l'invisible, établira un diagnostic en entrant lui-même dans une forme de possession contrôlée. Comme dans les séances spirites pendant lesquelles le médium prête son corps et sa voix à l'esprit qui va se manifester à travers lui, le chamane « prêtera » sa personne au dieu ou à l'esprit prié de venir apporter

une réponse ou une guérison, comme cela se pratiquait dans les temples antiques et jusqu'à ce jour au Brésil dans les rituels du *candomblé* et de l'*umbanda*.

Guérison, car dans de nombreuses sociétés, et depuis la préhistoire, la maladie, et surtout la maladie mentale, a toujours été considérée comme le résultat, la manifestation d'une possession latente ou avérée. C'est là un schéma de pensée qui aurait perduré en Occident avec la pratique de la « saignée », acte à valeur d'exorcisme destiné à évacuer les « humeurs méphitiques » à l'origine de la maladie, et tous les actuels fantasmes de « lutte contre la maladie » que l'on retrouve aussi bien dans le discours médical que dans la mentalité collective de nos sociétés.

La position des trois grandes religions monothéistes

Les trois grandes religions que sont le christianisme, l'islam et le judaïsme postulent l'existence d'êtres ou d'entités souvent maléfiques (démons, *djinns*) appartenant à d'autres niveaux de réalité et évoluant dans d'autres dimensions. Elles restent aujourd'hui assez circonspectes pour admettre une infestation diabolique. Ainsi le Code de droit canonique (1614) a fixé quatre signes précis, que l'on peut aujourd'hui retrouver dans l'objet d'étude de la parapsychologie : une force physique décuplée (psychokinèse), l'accès à des informations normalement cachées, occultes (voyance, prémonition), la connaissance de langues inconnues (glossolalie), et la répulsion, accompagnée de propos blasphématoires et de réactions violentes à l'écoute des textes bibliques spécifiques. Chez les musulmans et chez les juifs, le diagnostic repose sur des critères du même ordre et celui-ci sera confirmé ou infirmé par les réactions de la personne possédée à la lecture de certains passages du Coran ou de la Torah. Les réactions violentes à l'égard de tout ce qui est divin ou sacré, sont un signe pathognomonique de la possession démoniaque.

Les magnétiseurs

Le système de compréhension et d'intervention des magnétiseurs se fonde sur une certaine vision et un certain discours sur l'économie

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

énergétique des êtres. Un lien est ici envisagé entre la grande hantise et la possession. Selon l'optique des magnétiseurs, les esprits (de défunts) trop attachés au niveau terrestre prendront possession ou hanteront une personne pour y puiser l'énergie nécessaire pour assouvir et accomplir une vengeance, un regret, pour « terminer quelque chose » que le défunt n'a pas eu le temps d'accomplir durant sa vie, ou encore pour perpétuer un lien par-delà la mort. Ils se présentent comme un canal par lequel transitent les énergies divines, qu'ils vont mettre au service du sujet grâce à des passes magnétiques dont le but est de débarrasser (nettoyer) le corps et l'esprit du possédé en le libérant des entités qui en occupent l'espace.

Hantise et possession face au regard médical et psychiatrique

Durant des millénaires, l'homme a dû composer (par des rites et rituels, par des pratiques pré-religieuses, puis religieuses) avec des forces spirituelles qui le dépassaient et régentaient le monde, son monde. À partir du XIX^e^ siècle, l'avènement de la science et de la pensée scientifique a pu donner l'illusion que ces forces mystérieuses pouvaient être maîtrisées ou même étaient maîtrisées. Le paradigme de la culture occidentale contemporaine est donc celui de la prééminence du cerveau humain (le gauche surtout) et de sa supposée maîtrise sur le monde. Corrélativement les dimensions spirituelles de l'existence ont été, soit carrément évacuées, soit clivées et reprises par les mouvements religieux ou sectaires.

À noter cependant le statut un peu particulier de la psychologie dite « interculturelle » (l'ethnopsychiatrie en fait partie) où l'on admet que certains sujets puissent se référer à d'autres systèmes de croyance (d'autres paradigmes) que le nôtre. Ceci ouvre à un autre regard et une autre compréhension de la hantise et de la possession. Mais cette compréhension a aussi ses limites. Ainsi, peut-on accueillir et entendre la personne mais se dépêcher de « traduire » en termes psychologiques un discours de hantise ou de possession... Maîtrise imaginaire sous couvert d'un discours théorique... comme si une distanciation était immédiatement nécessaire pour ne pas se confronter trop directement à ces forces inconnues et terrifiantes dont on sait confusément qu'on les porte en nous.

Alors comment la psychiatrie a-t-elle composé avec la possession et la hantise ? D'abord et comme nous venons de le rappeler :

- en invoquant comme possible origine de ces manifestations un mécanisme d'autosuggestion ou d'auto-persuasion négative encore appelé effet nocebo ;
- en tentant de les rapprocher et de les intégrer aux grands tableaux psychopathologiques connus et répertoriés : hystérie, névrose obsessionnelle, troubles dissociatif de la personnalité, psychose, syndrome d'influence...

Possession et hystérie

Considérée jusque-là comme l'expression d'infestations démoniaques, la possession fut assimilée à la fin du XIX^e^ siècle, à l'hystérie. En effet tous les symptômes présents dans les cas de possession diaboliques seront décrits dans la nosologie psychologique, puis psychiatrique sous les vocables suivants : changements brusques d'humeur, amnésie et hypermnésie, hyperesthésie et anesthésie, mutisme et logorrhée, cécités et hallucinations, convulsions épileptoïdes, agressivité, propos blasphématoires.

Pierre Janet (1889) dépeint en détail ces personnalités : des femmes en général, chez lesquelles existait un subconscient se manifestant par une activité automatique, ou « automatisme psychologique », n'étant plus sous le contrôle du conscient et d'une pensée vigile intégrée. Cet automatisme psychologique produisant différents symptômes tout à fait superposables à ce qui était par ailleurs décrit sous le terme de possession, dont la modification de toute la personnalité, dissociation psychique, incarnation et mise en scène de sous-personnalités, ainsi que les symptômes plus haut cités.

Il arrive même que, dans ces états de dissociation psychique très présents selon Janet dans la « folie hystérique », le psychisme réalise des exploits impossibles à l'état de veille. Ainsi, Théodore Flournoy (1900) a-t-il pu décrire chez Hélène Smith, cette singulière capacité de parler, en état médiumnique, des langues inconnues. Ce cas, qu'on pourrait dire de possession, peut être considéré aujourd'hui comme la manifestation d'une « folie hystérique » (Maleval, 1981). Terme contestable puisque « folie » présuppose perte de sens,

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

déstructuration, toutes choses incompatibles avec l'accès à une sorte de surconscience, à une hypermnésie et des capacités créatrices.

Doit-on actuellement considérer la possession comme le synonyme d'hystérie ? Certainement pas. On peut dire en revanche qu'il existe chez certain(e)s hystériques des dispositions les rendant aptes à connaître l'expérience de la possession. Les grand(e)s hystériques sont en fait des personnalités dites narcissiques, aptes à établir une relation, un transfert où l'autre est le dépositaire d'une image grandiose dont dépendra son existence, son identité, l'idée qu'il (ou elle) se fera de lui-même (d'elle-même), dans un total assujettissement au désir de l'autre (du moins tant que l'autre se prête à ce rôle). De ce point de vue, Charcot a réussi à mettre les hystériques de son service, au service de son désir de promouvoir un paradigme neurologique de l'hystérie. On peut ainsi comprendre la dynamique qui préside chez l'hystérique à une possible relation d'emprise dans le monde relationnel. Le même schéma se rejouant dans la vie spirituelle de ces sujets mais avec ces entités... réelles ou supposées, la question reste posée.

Possession et névrose obsessionnelle

Depuis toujours les religions ont associé possession et obsession, cette dernière étant souvent décrite comme un premier stade d'infestation (diabolique). L'obsession étant à comprendre comme la persistance et la réitération d'idées ou de comportements s'imposant au sujet contre sa volonté, sous l'emprise d'une entité. La névrose obsessionnelle pour sa part, implique des mécanismes de défense contre des pulsions agressives ou destructrices refoulées et qui doivent être maintenues refoulées. Ce refoulé de nature agressive ou persécutrice peut bien entendu faire retour sous la forme et la thématique de la possession, qui deviendrait alors une forme clinique de névrose obsessionnelle.

Il arrive que cette lutte contre un retour de refoulé s'organise en compulsions/conjurations (récitations de prières, conduites rituelles, ruminations), en phobies d'impulsions (peur de commettre un acte répréhensible), ceci allant de pair avec une inhibition motrice. La pensée magique (peur que les choses arrivent si on y pense) tourne

autour de ruminations constantes : crainte de mort, de perversion sexuelle ou morale.

Symptômes qui ont quelques similitudes avec ceux de certaines formes de possession. Thèmes sexuels, scatologiques et rituels obsessionnels se conjuguent. C'est pourquoi certains considèrent la possession comme une névrose obsessionnelle décompensée : ses mécanismes de défense sont dépassés.

Alors que dans la névrose obsessionnelle, le sujet se vit sous l'emprise de ses propres pensées obsédantes et de comportements dont il se sent responsable (d'où sa culpabilité), dans la possession, l'auteur de ces mêmes pensées et comportements sera désigné sous le nom de *djinn*, de démon, d'alien, etc. On pense ici au syndrome de Gilles de la Tourette (possible forme intermédiaire entre névrose obsessionnelle et possession), caractérisé par des tics moteurs et verbaux à thèmes de grossièreté, semblant incontrôlables et en rupture avec le comportement habituel.

Les névroses obsessionnelles sont classiquement présentées comme des structures de personnalités particulièrement peu mobilisables, conférant de ce fait au sujet des aménagements existentiels fiables malgré des symptômes souvent gênants. Il n'en est rien, dans leurs formes majeures, ce sont de simples névroses, dites « de couverture » face à une problématique psychotique susceptible d'éclore un jour ou l'autre. Et pourquoi pas sous la forme d'une possession ?

Possession et trouble dissociatif de l'identité

Le syndrome de personnalité multiple, étudié depuis la fin du XIX^{e} siècle, est une entité nosographique superposable en bien des points à la possession. Différents auteurs ont ainsi catégorisé les différentes formes de personnalités multiples : simultanées, successives ou agglomérées (Ellenberger, 1970, p. 156 *et sqq.*). L'idée que l'individu n'est pas un mais multiple, découle directement de ces travaux. Au centre de ceux-ci se trouve la conception de la dissociation de Janet (encore appelée par lui automatisme mental, qui transcende les catégories nosologiques). Elle peut conduire à la manifestation de formes nouvelles de la personnalité, s'exprimant à l'insu du sujet et pouvant être associés à différentes expressions interprétables comme un parasitage de la personnalité de référence.

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Cette capacité à produire une pluralité de « visages » a aussi été appelée « prosopopèse » par le métapsychiste René Sudre (1958).

Paralysie du sommeil

Il s'agit d'un trouble du sommeil assez fréquent, survenant au moment de la phase hypnagogique (endormissement) ou hypnopompique (réveil). Ce trouble peut prendre toutes les apparences d'une possession-hantise. Paralysie, car pendant quelques instants, le sujet se sent dans l'incapacité de se mouvoir ou de parler et, dans le même temps, il a la sensation d'une présence inquiétante, et il est en proie à des hallucinations dont la thématique est colorée par les croyances et les représentations du monde du sujet. Ainsi fantômes, apparitions, peuvent faire partie de ces contenus hallucinatoires mais également des bruits, des sonneries, des tremblements, des modifications thermiques, etc. On retrouve dans la littérature la traduction mythologique de ces symptômes dans la description d'incubes, de succubes ou de vampires.

Les symptômes accompagnant et définissant la paralysie du sommeil évoquent ce que de nombreux témoins décrivent en termes de hantise ou de possession et il est vrai, comme nous l'avons mentionné plus haut, qu'il existe une sorte de continuum entre hantise et possession. Ceci en raison d'un des aspects horrifiants dus à cette sensation de présence étrangère et maléfique pouvant parfois s'installer sur la poitrine du sujet comme pour l'étouffer. On pourra se reporter à l'intéressante étude réalisée par David Hufford (1983) à ce sujet.

Possession, hantise et psychose

Une autre interprétation psychiatrique des phénomènes de possession-hantise consiste à les ramener dans le registre de la psychose. Ce diagnostic repose et s'étaye sur les hallucinations auditives (voix, ordres, propos malveillants) et ce sentiment décrit par le possédé-hanté d'être sous une influence extérieure qui lui dicte sa conduite. Le syndrome d'influence est alors une entité nosologique recouvrant possession et hantise. Cependant, si le syndrome d'influence rend compte de toute la gamme des phénomènes subjectifs de la possession-hantise et de sa possible

évolution délirante, il s'avère trop exclusif et n'explique pas les aspects paranormaux authentiques qui peuvent advenir dans ces tableaux et l'apparition de capacités n'existant pas dans les formes classiques du syndrome... Tous les syndromes d'influence ne sont pas à confondre avec la possession..., mais l'inverse est tout aussi vrai. Il conviendra donc de se méfier d'un discours ou d'un diagnostic trop pathologisant, d'autant qu'une certaine symptomatologie de base se retrouve dans presque toute la population : audition de voix intérieures, automatisme psychologique et dialogue interne. Assimiler ces symptômes, quand bien même ils prendraient une certaine ampleur, à une psychose est iatrogène car susceptible d'aggraver une symptomatologie pouvant évoluer rapidement et positivement en l'absence d'un tel diagnostic, grâce à un accompagnement adéquat ou grâce aux ressources que le sujet pourra mobiliser en lui-même pour dépasser cet état de crise. Pourquoi iatrogène ? Parce que la possession est aussi un moment de doute identitaire. Plus encore, les bases mêmes de l'identité vacillent. Le sujet ne sait plus très bien qui est lui, qui est l'autre, de même le « sentiment de sa continuité d'être » n'est plus assuré. Tout cela n'est plus fiable et engendre un vécu d'insécurité fondamentale. Le diagnostic de psychose qui peut au demeurant être foncièrement justifié dans l'instant où il est posé, n'est pas sans risque. Qu'il soit dit au patient, annoncé à la famille, ou simplement posé avec force dans la psyché du psychiatre, ses effets seront de toute façon délétères. Posé, « balancé » dans un tel contexte, il contribuera à figer les choses, à suggérer un destin, celui de la psychose et de la psychiatrisation. Les neuroleptiques qui ne vont pas tarder à être prescrits vont calmer l'angoisse, certes, mais avec elle les possibilités de mobilisation, d'évolution et de pensée.

Ces abus ont amené des « usagers » de la psychiatrie (soignants et patients) à fonder des associations pour dénoncer ce qu'elles considèrent comme un étiquetage abusif. Ainsi, en 1997 fut fondé l'International Network for Training, Education and Research into Hearing Voices (Intervoices) destiné à coordonner toutes les associations « d'entendeurs de voix » de par le monde. Ces associations proposent un réseau d'aide et des lieux de rencontre et d'échange autour de ce type d'expérience.

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Face aux abus de pouvoir du monde psychiatrique la création de ces réseaux d'entraide peut certes paraître comme une heureuse initiative (Romme, Escher, 2001). Cependant les termes *d'usager* et *d'entendeur de voix* doivent être interrogés. Usager renvoie à consommation et à consommateur. Consommateur de soins psychiatriques ou statut identitaire ? Quant à l'expression « entendeurs de voix », elle apparaît tout aussi réductrice car elle témoigne d'un seul aspect de l'immense complexité de la problématique d'un sujet en quête d'une meilleure définition de lui-même face au monde et aux autres.

Diagnostic différentiel

S'appuyant sur le discours et le récit de leurs patients, la plupart des psychiatres et psychothérapeutes n'ont pas pour habitude de chercher la vérification objective des allégations du patient. Et pour cause. Seule la réalité intérieure du sujet est à prendre en compte dans un cadre psychothérapique. De ce fait il y a chez ces praticiens une difficulté à appréhender la dimension paranormale qui peut exister dans les phénomènes de possession-hantise.

On conçoit alors le hiatus entre le regard psychiatrique et le regard parapsychologique du phénomène de hantise. En effet, la bipartition entre la symptomatologie du syndrome d'influence et la hantise n'est pas toujours simple dans la mesure où la clinique peut d'une part brouiller les pistes et que d'autre part le diagnostic de hantise-possession ne fait actuellement pas partie de la nosologie psychiatrique classique. Cependant nombre de psychanalystes et de psychothérapeutes ont une attitude plus nuancée à l'égard des phénomènes de hantise, qu'ils soient réels, imaginaires ou même frauduleux et les considèrent comme ayant toujours la dignité d'un matériel thérapeutique (Fodor, 1948 ; Carrington, Fodor, 1951 ; Si Ahmed, 2006).

Approches parapsychologiques

Pour les métapsychistes, puis les parapsychologues, les hantises trouvent leur origine dans les capacités paranormales de l'homme lui permettant de produire des phénomènes objectifs, comme la psychokinèse (action de la psyché sur la réalité matérielle). En outre,

la majeure partie des travaux parapsychologiques portant sur les cas spontanés de hantise postulent un lien spécifique avec l'adolescence. De fait il existerait un pic de fréquence particulier qui montre que l'« agent de hantise » est de façon privilégiée une jeune adolescente dont la moyenne d'âge est de 13 ans (Roll 1977). Gauld et Cornell (1979) ont, pour leur part, retrouvé cette prédominance de l'agent adolescent dans 70 % de cas concernent une personne de moins de 20 ans.

Pour déterminer le sujet impliqué dans les phénomènes de hantise, les parapsychologues se basent essentiellement sur deux critères :

- *un critère physique* : la présence d'une même personne lors de l'apparition de phénomènes « psi » (*cf.* chap. 11), dûment et toujours constatée par plusieurs témoins ;
- *un critère psychologique* : cette personne impliquée (à un niveau psychodynamique ou systémique) est celle qui semble le plus souffrir, a le plus de mal à l'exprimer et tire le plus de bénéfices secondaires de la situation. La psychothérapie de cette personne (mais souvent de la famille) conduit à la résolution de la hantise.

Des batteries de tests psychologiques tels le Rorschach, le TAT et le MMPI ont été utilisées par les parapsychologues pour tenter de mieux cerner la personnalité de ceux présumés être des agents de la hantise. Les résultats sont nombreux et un tant soit peu contradictoires. W.G. Roll[1] a ainsi pu répertorier un vaste ensemble de dispositions et de symptômes difficiles à regrouper dans une problématique spécifique :

- une agressivité rentrée ;
- une hostilité contre le père (cas de Michael à Seaford) ;
- une hostilité cachée contre la mère (cas de Mme Bloom à Indianapolis) ;
- de la colère, de la culpabilité et un sentiment d'injustice (Julio à Miami) ;
- une relation de dépendance avec immaturité émotionnelle (Tina Resch à Columbus) ;

1. Voir P. Catala, *Apparitions et maisons hantées*, 2004, p.180-181.

© InterEditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

- de l'insatisfaction, avec sentiment d'insécurité (Krista à Jacksonville), etc.

Des études allemandes ont mis au jour d'autres traits de personnalités tels que l'instabilité, l'irritabilité, l'immaturité émotionnelle, la faible tolérance à la frustration, des impulsions incontrôlées (Mischo, 1991), des troubles narcissiques de la personnalité : mauvaise estime de soi, conflits œdipiens non résolus, etc. (Bender, 1984). Mais là aussi sans que l'on puisse se prononcer sur une spécificité psychopathologique de la hantise.

La notion de *psychose du poltergeist*, avancée par Nandor Fodor (1948), pose un rapprochement entre la problématique de l'adolescente hantée et la conversion hystérique. Cette notion a notamment été reprise par John Palmer (1974) et W.G. Roll (1968). Pour Owen et Sparrow (1976) également, la hantise est la possibilité d'utiliser un mode psychokinétique pour l'expression hystérique d'une excitation réprimée. Le phénomène de hantise est alors considéré comme une projection particulière d'une charge agressive, un *acting out* paranormal (Rogo, 1974). Ces interprétations et spéculations apparemment contradictoires sur le plan nosologique seront néanmoins éclairées par le concept d'impensablilité (face notamment à un vécu traumatique) avancé par Bion et repris dans les années quatre-vingt et quatre-vingt-dix par les auteurs français : Torok, Abraham, Aulagnier, Dumas et Si Ahmed.

En somme, l'hypothèse psychopathologique soutient que les événements de la hantise viendraient parfois se substituer à des symptômes psychologiques qui n'arriveraient pas à se constituer comme tels.

Roll défend pour sa part une théorie organo-dynamique de la hantise, attribuant les phénomènes à un désordre du système nerveux central. Il ne trouve pourtant pas chez les agents présumés un taux de désordres neurologiques (épilepsie, migraines graves) au-delà du taux de prévalence dans la population générale. Sa théorie par ailleurs trop vague pour être testée, repose sur un postulat depuis longtemps récusé selon lequel la dynamique de l'inconscient dépendrait du neurophysiologique et de son intégrité. Or nous savons maintenant et après de multiples observations que la petite hantise est intimement liée à la problématique et à la

dynamique inconsciente d'une personne ou d'un groupe familial. Laquelle n'a rien à voir ou très peu avec le neurophysiologique.

Approche psychanalytique

Comment comprendre la dynamique inconsciente qui préside à ces manifestations ?

La psyché peut être parfois confrontée à un matériel dont les charges affectives sont trop importantes ou trop douloureuses pour être acceptées par elle. Ce matériel peut s'originer du sujet lui-même (endogénéité), ou être lié à un événement traumatique (exogénéité).

Une première solution peut consister à refouler ce matériel qui prend alors un statut inconscient. Statut inconscient, mais néanmoins statut psychique. Possible reprise de ce matériel dans des fantasmes inconscients qui s'intègrent alors à la vie psychique du sujet... Ainsi s'organisent par exemple les symptômes phobiques ou obsessionnels. On reste ici dans le domaine familier de la psychopathologie classique et dans l'élaboration freudienne des symptômes.

Si la charge affective du matériel prend des dimensions véritablement traumatiques ou renvoie à des angoisses archaïques, la psyché se ferme. Ce matériel, dit impensable, ne peut plus trouver place dans l'inconscient. Quelle sera sa destinée ? La clinique montre qu'il existe trois voies possibles d'expression de ce matériel (voir encadré ci-dessous).

Trois voies d'expression

La voie psychiatrique

Le matériel prend statut de mauvais objet que la psyché va s'efforcer de maintenir le plus possible à l'extérieur d'elle-même, mais sans toujours y arriver (Tausk, 1919). Quand elle y arrive ce sont les délires paranoïaques, ou les hallucinations, parfois les deux. Quand elle n'y arrive pas ce peut être l'hypochondrie, délire localisé au niveau d'une zone corporelle désignée comme malade avec fortes revendications, souvent persécutrices envers le corps médical.

La voie somatique

Le matériel peut alors s'engrammer dans quelques mémoires corporelles ou psychiques (crypte) et rester latent durant des années, jusqu'à ce qu'un nouveau traumatisme le réactive. Cette réactivation ☞

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

☞ pouvant prendre la forme d'une décompensation psychiatrique ou d'une maladie grave (un cancer).

La voie paranormale

Elle est incontestablement la plus économique puisqu'elle préserve le sujet des deux éventualités précédentes. Le vécu traumatique est massivement projeté sur le monde extérieur, lequel, chose étonnante, va faire écho à cette projection. Le symptôme paranormal (ici la petite hantise) est porteur du sens du vécu traumatique qui lui correspond. Ce qu'il pourra découvrir et dépasser dans un éventuel travail psychothérapique (Si Ahmed, 2006).

La croyance chez le sujet hanté ou possédé en l'exogénéité de ces manifestations est pour lui un enjeu psychique primordial. Il n'a pas, il ne pense pas avoir, les ressources nécessaires pour poser l'hypothèse de l'endogénéité. De fait, il n'est guère que le contexte psychothérapique qui puisse le permettre. Un cheminement conjoint au cours duquel le thérapeute pourra mettre ses propres ressources psychiques au service de la psyché de son patient pour contribuer à rendre pensable ce qui ne l'était pas jusqu'à présent et remettre les choses à leur juste place.

Pour Jung, beaucoup plus ouvert aux dimensions dites occultes de la vie psychique que ne l'était Freud, les apparitions et les fantômes seraient des expressions archétypales, autrement dit des formes psychiques trouvant leur origine dans un inconscient collectif. Leur actualisation étant fonction des nécessités psychiques inconscientes du sujet.

Nicolas Abraham et Maria Torok (1978) envisagent une possible extension des origines du matériel traumatique aux générations antérieures. Un secret ou un traumatisme familial, à la fois non dit et psychiquement transmis aux générations ultérieures, viendrait « hanter » les descendants. Une hantise se traduisant par des ratages ou des sentiments de malchance alors imputés à des forces occultes, alors qu'un travail sur les ascendants permettrait de mettre à jour le ou les fantômes pour leur donner la sépulture qui leur a manqué.

Les théories et pratiques spiritualistes

Un certain nombre d'auteurs, psychologues ou psychiatres, comme Édith Fiore, (1996), Ralph Allison (1980) ou Alan Sanderson (2003)

rompent avec les courants psychologiques établis pour élaborer des théorisations en postulant l'existence d'entités ou de forces psychiques extérieures à l'être humain. Au début du XX^e siècle le psychiatre Carl Wickland, convaincu de la théorie spirite, avait déjà tenté une telle approche avec ses malades. Il pensait que la plupart des maladies mentales étaient assimilables à des cas de hantise par des esprits défunts. Il travaillait avec sa femme médium pour négocier le départ de ces entités et délivrer ainsi ses malades. Son ouvrage *Trente ans parmi les morts* (2000) raconte sa méthode.

Ces praticiens intègrent dans leur approche l'idée qu'un soutien spirituel allant parfois jusqu'à l'exorcisme puisse faire partie de la thérapie. Ainsi Scott Peck (1990) écrit :

> « L'exorcisme n'est pas une démarche magique. À l'instar de la psychothérapie, il fait appel à l'analyse, au discernement, à l'interprétation, à l'encouragement et à une confrontation amoureuse (celle de l'amour inconditionnel du thérapeute envers son patient). Il diffère de la psychothérapie comme la chirurgie à cœur ouvert diffère d'une amygdalectomie. *L'exorcisme est une attaque massive de psychothérapie*... L'exorciste s'attaque à de très hautes tensions. »

C'est une curieuse conception qui présuppose plusieurs points :

- l'idée qu'une thérapie puisse être assimilable à une « attaque » ;
- elle donne toute la place à l'exogénéité du principe morbide ;
- elle ne tient apparemment pas (ou peu) compte de la dynamique de l'inconscient du sujet ;
- elle est d'une extrême directivité ;
- elle repose sur le principe d'un mal dont il conviendrait de débarrasser le patient à l'instar d'un chirurgien procédant à l'ablation d'une tumeur.

RÉFLEXIONS SUR LES APPROCHES THÉRAPEUTIQUES

Tout au long de la rédaction de ce chapitre, de difficiles problèmes de plan se sont posés dans la mesure où les limites ne peuvent être clairement posées ni en ce qui concerne la clinique ni en ce qui concerne l'approche théorique ou conceptuelle de ces manifestations :

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

- est-il possible d'isoler une définition de la hantise et de la possession des problématiques dans lesquelles elles adviennent ?
- est-il possible de distinguer ou de dissocier définition et contenu de ces expériences ?
- est-il possible de dissocier *exploration* (de la vie psychique), *intelligibilité* qu'on peut en avoir (par un certain type de regard et une théorie elle-même fonction des paradigmes en cours), *et propositions thérapeutiques* ? Cette triple polarité, déjà présente dans la définition de la psychanalyse proposée par Freud se retrouve dans toutes les approches plus haut mentionnées : cultures chamaniques et animistes, église catholique, islamisme, magnétiseurs, psychiatrie, approches spiritualistes, mouvement transpersonnel. Une exception toutefois, l'approche parapsychologique plus soucieuse d'objectiver et de comprendre des phénomènes extraordinaires que de vouloir les traiter, exception faite des praticiens d'une discipline naissante : la parapsychologie clinique dont Bender et quelques autres furent les précurseurs

Nous avons vu ainsi, en décrivant les différentes approches, que les réponses sont multiples, évolutives, et parfois même contradictoires. Avec ce manuel, ne veut-on pas, au fond, apprivoiser l'étrange, catégoriser l'impossible ? On pense habituellement que le bagage théorique permet une telle remise en ordre. Certes c'est bien là une des fonctions princeps de la théorisation et de l'écriture. Mais ne risque-t-on pas de scinder artificiellement ce qui n'aurait pas à l'être ? Ou de simplifier abusivement des questions complexes (voire hypercomplexes selon l'expression d'Edgar Morin).

Ainsi en est-il des « réponses » thérapeutiques. S'agit-il vraiment d'apporter une réponse ? Est-il toujours possible d'apporter une réponse ? Que cachent les questions et questionnements du patient, surtout quand il se dit victime d'une hantise ou d'une possession ? Un patient qui se veut témoin, parfois même explorateur et qui possède toujours une théorie de ce qui lui arrive. Si naïve ou si affinée qu'elle soit, cette théorie doit être respectée, prise en compte et posée comme on l'a vu dans un statut transitionnel.

Reste alors d'autres questions, celles que le thérapeute ne pourra se poser qu'à lui-même. Se sent-il à même d'accompagner ce patient ? Quel cadre peut-il lui proposer pour cela ? S'abrite-t-il

ou pas derrière quelques approches ou techniques privilégiées et pas toujours adaptées ? Qu'en est-il de ses propres angoisses par rapport à ce matériel qui touche à l'archaïque de la vie psychique et qui est de ce fait extrêmement anxiogène ?

Alors que peut-on attendre, que peut-on comprendre de cette expression : réponse thérapeutique ? Réponses à quelles questions, à quels questionnements ?

Il y a tout d'abord une question manifeste posée par le patient : comment pouvez-vous me débarrasser, me libérer de ce qui m'arrive ?

Puis de nombreuses questions implicites :

- comment faire face à cette expérience qui bouleverse mon expérience du monde et de moi-même ? (question relative au réel) ;
- comment dépasser ces sentiments d'insécurité et de persécution ? (question relative au vécu et à ce qui le met en forme, à savoir l'imaginaire) ;
- comment cette expérience peut-elle s'intégrer à ce qui est admis, normal, compréhensible dans le milieu culturel auquel j'appartiens ? (question relative au symbolique) ;
- comment mettre à profit cette « extraordinaire » expérience dans le cheminement évolutif qui pourrait être le mien ? (question relative à la quête spirituelle que peut représenter ce type d'expérience, un des aspects du processus d'individuation selon Jung) ;

et une question omniprésente, qui devrait constituer l'essence même d'un travail thérapeutique : comment rendre pensable ce qui ne l'est pas ou n'arrive pas à l'être ? (dimension archaïque de la possession).

La question 1 est un appel plus ou moins masqué à une supposée fonction d'exorciste du thérapeute. Elle renvoie à des fantasmes de toute-puissance. De ceux qui sont inhérents (mais inconscients) aux pratiques médicales et chirurgicales, et qui sont illustrés par les pratiques de type spiritualiste plus haut mentionnées. Il s'agit de livrer un combat contre la maladie ou le monstre. Le patient complètement démuni attend d'un thérapeute tout-puissant la solution. Le thérapeute fort d'un savoir ou d'une théorie lui conférant donc la toute-puissance attendue, va livrer le combat. On peut ranger dans cette catégorie (de réponses) : l'exorcisme et les

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

rituels de désenvoûtement qui peuvent avoir leur efficacité. Cette efficacité sera d'autant plus grande qu'elle s'inscrira dans la tradition culturelle du sujet. Elle est alors reprise dans l'ordre symbolique (celui de la tradition ou de la culture dans laquelle s'inscrit le sujet). Les prescriptions de neuroleptiques ou d'antidépresseurs qui ne s'inscrivent pour leur part dans aucune tradition culturelle (si ce n'est celle de faire taire toute parole ou tout symptôme dérangeant comme le disait Maud Mannoni) ont des effets beaucoup plus contestables (sauf à atténuer et à rendre plus supportables certains états d'angoisse aiguë). Ceci bien sûr bien au-delà du consensus de plus en plus contesté selon lequel ces molécules sont faites pour soigner.

Les autres questions n'ont pas de réponse immédiate. Chaque abord thérapeutique peut avoir des effets positifs selon les moments, la problématique du sujet, ses références culturelles, sa demande implicite ou explicite, la qualité de la rencontre avec le thérapeute, ce qu'il est et ce qu'il propose. Dans une telle perspective on conçoit combien il peut être vain de vouloir présenter (selon la mode actuelle) une sorte de banc d'essai sur l'efficience des différentes thérapies face à la hantise et à la possession.

L'efficacité symbolique peut être pour sa part définie par la qualité du sens redonné à l'expérience et son effet de réintégration du sujet dans son univers culturel (dont l'expérience l'a pour un temps exclu). Celle-ci peut être présente dans toutes les approches psychothérapiques proposées dans la mesure où chacune, à leur manière, peut donner un sens à ce qui arrive au sujet. Mais il y a des risques :

- celui de banaliser la dimension d'expérience exceptionnelle (typique avec les *poltergeists* par exemple) au profit d'un abord exclusivement psychopathologique ;
- et le risque opposé, celui de négliger l'implication psychique du sujet au profit de théories en rupture avec les paradigmes qui fondent notre univers culturel (magnétiseurs, désenvoûteurs, pseudo-exorcistes). Le sujet pourra certes intégrer correctement son expérience mais en adhérant à leur vision de l'univers. Et pourquoi pas, si cela peut se révéler efficace ? Cependant et à plus long terme, le sujet pourra, de nouveau, être hanté ou possédé,

dans la mesure où il évolue toujours dans un monde construit sur un certain refoulement de ces expériences. Mais de la même façon, l'efficacité des médicaments ou de la psychothérapie plus classique n'est pas toujours au rendez-vous.

C'est donc avec ces précautions oratoires que nous pouvons, pour clore ce chapitre, énumérer rapidement quelques abords psychothérapiques, dont nous avons déjà largement parlé, tant il est vrai qu'on ne peut confondre les conceptions qu'on se forge d'une problématique et sa thérapie.

ABORDS PSYCHOTHÉRAPIQUES

Ils sont en majeure partie traités dans les autres chapitres de ce manuel. Rappelons ici les approches auxquelles les personnes et familles concernées par ces phénomènes de hantise font le plus fréquemment appel.

L'hypnose

On pourra se reporter au chapitre 9.

Les magnétiseurs

Comme nous l'avons vu, l'approche des magnétiseurs postule, à l'origine de ces hantises, l'action néfaste d'entités, d'âmes de défunts, qu'il conviendra de chasser et de « nettoyer ». Des rituels sont proposés pour cela, et comme nous le rappelions, cela peut avoir son efficience, avec un bémol toutefois, dans la mesure où il existe de nombreuses dérives dont celle de cautionner un délire ou de susciter une relation d'emprise.

La psychothérapie

Cela est possible dans la mesure où le thérapeute est non seulement sensibilisé à ces dimensions mais sait garder un esprit suffisamment ouvert pour ne pas enfermer son patient dans des catégories diagnostiques abusives. Cette approche duelle dans un premier temps,

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

peut ensuite se concevoir en groupe où chacun peut entendre l'expérience de l'autre, avec possibilité de jeu de rôle ou même de psychodrame. Ces moments de « psychomagie » selon le terme d'Alejandro Jodorovsky, sont parfois corrélatifs d'une restructuration symbolique, on peut dire aussi d'une émergence de sens autour duquel s'organisent de nouveaux aménagements, un nouveau mode d'être au monde... et un dépassement de la thématique de la possession.

Il s'agit donc d'accompagner le sujet dans ces moments singuliers qui n'arrivent pas à trouver sens dans leur vie par une attitude d'accueil et d'ouverture comme le prônait Winnicott.

L'ethnopsychiatrie

Ayant mis en évidence l'universalité de la dynamique consciente et inconsciente, mais aussi de l'importance du fait culturel, l'ethnopsychiatrie s'est définie dans une nécessité d'accepter le système de référence de l'autre et de l'intégrer dans une approche psychothérapique originale. Elle réalise ainsi des liens entre différentes façons de penser le monde, soi-même, ses souffrances et ses joies, mais aussi ses possessions et ses hantises. L'arrivée massive de populations migrantes a amené les soignants à s'interroger sur l'existence de ces autres méthodes et ces autres formes de compréhension de la maladie mentale. L'accompagnement thérapeutique est réalisé par un dispositif mis au point par Georges Devereux et surtout Tobie Nathan. Un groupe de psychiatres, psychologues d'horizons culturels divers, un interprète dans la langue maternelle du patient vont au cours de la consultation travailler à partir des représentations culturelles du patient, sur le modèle de ce qui se joue dans ces sociétés autour de l'arbre à palabres. Le thérapeute peut être amené à jouer les exorcistes ou le conjureur de sort, selon les données de la situation (par exemple, Al-Krenawi1 et Graham, 1997). Ce modèle de thérapie pour migrant souvent en butte à des vécus de possession (par les djinns, l'âme des ancêtres) peut s'appliquer avec les adaptations requises à toute personne souffrant de ces troubles.

Thérapie familiale systémique-analytique de la hantise

Un abord psychanalytique de ces problématiques a également été proposé, en particulier par Djohar Si Ahmed (1990, 2006). Il peut s'agir d'interventions dans le milieu et dans la famille concernés, dans le cadre de séances de plusieurs heures par jour. Dans un premier temps, le thérapeute aide la famille à mettre au jour les ressentis de chacun à l'égard des phénomènes, de leur genèse, de leur impact sur la vie quotidienne. En offrant ainsi une possibilité de parler ensemble et devant un tiers de ces hantises (Évrard, 2005), se crée un espace transitionnel pour chacun et pour l'ensemble des membres de la famille. De la sorte et peu à peu, la dynamique familiale se précise. C'est alors qu'émerge et s'incarne l'autre personnage central de l'histoire : la maison, qui n'est pas étrangère à la dynamique inconsciente (Eiguer, 2004). La thérapie consistera à poser les liens entre la symbolique des lieux, le poids de la maison, les souffrances du groupe et de chacun et la solution que peut représenter face à des conflits impensables la voie de la hantise.

Il s'agit véritablement d'une thérapie familiale concentrée dans le temps et dans l'espace permettant une redéfinition des rôles, de la dynamique inconsciente de la famille et du sens dont sont porteurs ces phénomènes de hantise (en général *poltergeist* dans ces cas-là).

La thérapie transpersonnelle

Le principe de cette thérapie (respiration holotropique) a déjà été exposé au chapitre 9 de ce manuel (p. 318). Rappelons simplement ici que Stanislav Grof, prolongeant les travaux de Jung, de Maslow, de Tart, développe l'idée que la conscience puisse dépasser le cadre de la personne notamment lors de l'entrée en état de conscience non ordinaire pour promouvoir ce qui pourrait être considéré comme un véritable exorcisme dont l'inconscient et la conscience du sujet lui-même seraient les maîtres d'œuvre. Dans ces états en effet sont mobilisés des forces, des dispositions auto-guérisseuses, sorte de sagesse de l'inconscient. (Voir à ce sujet l'article « Les fantômes

© InterEditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

familiaux : possession-dépossession » de la psychanalyste Martine Gercault [1]).

L'exorcisme religieux

Cette forme de thérapie présuppose l'existence d'entités (ou démons) autonomes à l'intérieur du corps ou de l'esprit du sujet. À l'inverse des thérapies analytiques, le sujet n'a qu'un rôle de coopération. Ceci est indispensable car on ne peut exorciser le sujet contre sa volonté. Il peut y avoir plusieurs séances, chacune s'avérant assez longue (souvent plusieurs heures). La pratique de l'exorcisme reste un rituel traditionnel dans de nombreuses cultures, aux fins de soigner n'importe quel mal interprété comme une influence malveillante parasitant l'individu. Les rituels dépendent, comme nous l'avons déjà souligné, du contexte et du diagnostic posé par une autorité religieuse.

CONCLUSION

Voici très rapidement énumérées quelques approches de la personne possédée-hantée. Ces différentes voies doivent composer avec cette question fondamentale : cette possession-hantise vient-elle du dehors ou du dedans de soi ? Cela pourra impliquer chez l'autre une attitude d'accueil ou de rejet. Rejet qu'on peut comprendre au regard des angoisses archaïques mobilisées par ces occurrences. Il s'agit de toute façon, dans certains cas, d'événements pouvant évoluer vers une décompensation, mais pouvant aussi constituer une sorte d'épreuve initiatique si elle est bien intégrée.

Le thérapeute, au sens large (celui qui accompagne) magnétiseur, psychothérapeute, exorciste, etc., revêt ici un rôle majeur. C'est lui qui, par son regard, son attitude et sa qualité d'être saura guider le sujet vers une bonne intégration de ces expériences. Sa compréhension des processus en jeu pourra aider à convertir une

1. Article de Martine Gercault, psychanalyste-psychothérapeute, « Les fantômes familiaux : "Possession-dépossession » sur http:// www.psyemergence.com / articles_lesfantomes.htm.

trajectoire douloureuse en une évolution positive, une décompensation psychiatrique éprouvante en une expérience de croissance. Tout repose dans l'art et le tact de l'accompagnant.

BIBLIOGRAPHIE

ABRASSART J.-M. (2004). *Facteurs prédispositionnels et situationnels influençant la croyance au paranormal*, mémoire de DEA en sciences psychologiques, université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve.

AL-KRENAWI1 A., GRAHAM J.R. (1997). « Spirit Possession and Exorcism in the Treatment of a Bedouin Psychiatric Patient », *Clinical Social Work Journal*, vol. 25, n° 2, p. 211-222. Voir www.ingentaconnect.com/content/klu/csow/ 1997/00000025/ 00000002/ 00414286.

ASSAILLY A. (1957). « Parapsychological influences of middle-aged persons on young sensitives », in *Proceedings of Four Conferences of Parapsychological Studies* (p. 165-167), New York, Parapsychology Foundation.

BARRETT (1911). « Poltergeist, old and new », *P. S. P. R.*, XXV, p. 377.

BENDER H. (1973). *Étonnante parapsychologie*, R. Chauvin (sous la dir. de), Paris, Éd. Culture, Art, Loisir.

BENDER H. (1980). *Télépathie, Clairvoyance, Psychokinèse*, Colmar, Éd. von Lucadou (Hrsg.), *Psi - was verbirgt sich dahinter ?* Freiburg, Wissenschaftler untersuchen parapsychologische Erscheinungen, S. 123-142.

BENDER H. et coll. (1992). *Soixante années de parapsychologie*, Paris, Kimé.

BENDER H., JACQUEY S. (1984). « Poltergeist à Mulhouse (Un cas récent) », in *Revue métapsychique*, vol. 17.

BELANGER L. (1978). *Psi : au-delà de l'occultisme*, Montréal, Éd. Québec/Amérique.

BLANCHARD S. (2004). *Histoire des maisons hantées. Modèles interprétatifs de récits transmis oralement dans la région jurassienne*, thèse soutenue en novembre à l'université de Lausanne.

BOZZANO E. (2000). *Les Phénomènes de hantise*, Paris, Exergue, coll. « Deux mondes ».

CAMUS D. (2009). « Dominique Camus sur les chemins de la sorcellerie », Ouest-France, 10 mars 2009.

CARATELLI G. (1994). « Poltergeist et psychanalyse » (Rassegna di studi psichici, 3, 1993), *Psicologia psicoanalisi parapsicologia*, Rome,Sovera,.

CARRINGTON H., FODOR N. (1951). *Le Poltergeist à travers les siècles*, McFarland.

CARROY J. (1991). *Hypnose, suggestion et psychologie : l'invention de sujets*, Paris, PUF.

CARROY J. (1993). *Les Personnalités doubles et multiples. Entre science et fiction*, Paris, PUF, coll. « Psychopathologie ».

CATALA P. (2004). *Apparitions et maisons hantées*, Paris, Presses du Châtelet.

DELAY J., DENIKER P., LEMPERIERE T., LEROY C. (1954), « Démonopathie familiale à induction réciproque », *Annales médico-psychologiques*, Par. 112 (2/3), p. 402-405.

DE MARTINO E. (1999). *Le Monde magique*, postface de S. Mancini, Paris, Synthélabo, coll. « Les empêcheurs de penser en rond ». (Éd originale : *Il mondo magico, Prolegomeni a una storia del magismo*, Turin, Einaudi, 1948).

DESSOY E. (2003). *L'Homme et son milieu (Études systémiques)*, Université de Liège.

DEVEREUX G. (1970). *Essai d'ethnopsychiatrie générale*, Paris, NRF, Gallimard.

DEVEREUX G. (1972). *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Paris, Flammarion.

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

DUMAS D. (1985). *L'Ange et le Fantôme. Introduction à la clinique de l'impensé généalogique*, Paris, Éd de Minuit.

EHRENWALD J. (1977). « Psi, Psychotherapy, and Psychoanalysis », in Wolman B.B., *Handbook of Parapsychology*, New York, Van nostrand Reihold company, p. 529-540.

EIGUER A. (2004). *L'Inconscient de la maison*, Paris, Dunod, coll. « Psychismes », nouvelle édition 2009.

EINSENBUD J. (1949). « Psychiatric contributions to parapsychology : a review », *J. Parapsychol.*, XIII, p. 247-262.

ETZOLD E. (2004). *Does Psi Exist and Can we Prouve it ? Belief and Unbelief in Psychokinetic Research*, Proceedings Parapsychological Association.

EVRARD R. (2005). *Approches psychologiques de la personne hantée*, mémoire de maîtrise de psychologie clinique, université Louis-Pasteur.

FLAMMARION C. (1923). *Les Maisons hantées*, Paris, Éd. Ernest Flammarion.

FLOURNOY T. (1900). *Des Indes à la planète Mars*, Genève.

FODOR N. (1948). « The Poltergeist-Psychoanalysed » in *Psychiatric Quaterly*, t. XXII, p. 195-203.

FODOR N. (1955-1956). « Freud and the Poltergeist », *Psychoanalysis, Journal of Psychoanalytic, Psychology*, vol. 4, n° 2, hiver.

FREUD S. (1985). *L'Inquiétante Étrangeté et Autres Textes*, Paris, Gallimard, coll. « Folio bilingue », présente édition 2001.

FREUD S. (1907*),* « Actes obsédants et exercices religieux », G. *W. VII,* pp. 129-139 ; *S. E. IX,* pp. 115-127 ; trad. fr. *in L'Avenir d'une illusion,* Paris, Denoël et Steele, 1932, pp. 81-94.

FREUD S. (1927). « Avenir d'une illusion », Paris, PUF, 1971.

FREUD S. (1929). *Malaise dans la civilisation*, trad. fr. Ch. Odier, I. Odier, PUF, Paris, 1971.

GAULD A., CORNELL T. (1979). *Poltergeists*, Londres, Routledge and Kegan Paul.

GENNEP A. VAN (1911). « Un cas de possession », *Archives de Psychologie*, X, , p. 82-92.

GIBRAT N. (1975). « Technique thérapeutique psychanalytique des sujets psi ("Utilisant les phénomènes parapsychologiques et leur explication") », *Parapsychologie*, n° 1.

GOLDSTEIN J. (1997). *Consoler et classifier : L'essor de la psychiatrie française*, Paris, Synthélabo, coll. « Les empêcheurs de penser en rond », 1997. [Trad. de l'anglais par F. Bouillot. Orig, *Console and Classify. The French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century*, Cambridge University Press, 1987].

GRASSET J. (1903). « Le Spiritisme devant la science : À propos d'une maison hantée », *Annales des sciences psychiques*.

HACKING I. (1998). *L'âme réécrite (« Étude sur la personnalité multiple et les sciences de la mémoire »)*, Paris, Synthélabo, coll. « Les empêcheurs de penser en rond ».

HOURAN J., LANGE R. (éd.) (2001). *Haunting and Poltergeists : A Mutlidisciplinary Perspectives*, Jefferson NC, Mc Farland.

HUESMANN M., SCHRIEVER F. (1989). « Steckbrief des Spuks - Darstellung und Diskussion einer Sammlung von 54 RSPK-Berichten des Freiburger Instituts für Grenzgebiete der Psychologie und Psychohygiene aus den Jahren 1947-1986 », in *Zeitschrift fiir Parapsychologie und Grenzgebiete der Psychologie*, 1-2, S. 52-107.

JAFFE A. (1963). *Apparitions and Precognition (« A Study from the Point of View of C.G.Jung's Analytical Psychology »)*, New York, University boks, New Hyde Park.

JANET Ph. (1889). *L'Automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Paris, Félix Alcan, 1889 pour la première édition. Réédition du texte de la 4e édition. Paris, Société Pierre Janet et le Laboratoire de psychologie pathologique de la Sorbonne avec le concours du CNRS, 1973.

JANET Ph. (1898). « Un cas de possession et d'exorcisme moderne », in *Névroses et idées fixes*, Paris, Livre I, p. 375-406.

JURANVILLE A. (2001). *Figures de la possession. Actualité psychanalytique du démoniaque*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble.

KERNER J. (1834). *Geschichten Besessener neuerer Zeit, Beobachtungen aus dem Gebiete kako-dämonisch-magnetischer Erscheinungen, nebst Reflexionen von C.A. Eschenmayer über Besessensein und Zauber*, Stuttgart.

KERNER J. (1836).*Nachricht von dem Vorkommen des Besessenseins eines dämonisch-magnetischen Leidens und seiner schon in Altertum bekannten Heilung durch magisch magnetisches Einwirken, in einem Handschreiben an der Obermedizinalrat Dr Schelling in Stuttgart*, Stuttgart et Augsburg.

LACHAPELLE S. (2002). *A World Outside Science : French Attitudes toward Medimistic Phenomena, 1853-1931*, thèse de philosophie à l'université Notre-Dame.

LECOUTEUX C. (2007). *La Maison hantée. Histoire des Poltergeists*, Paris, Imago.

LE MALEFAN P. (1999). *Folie et spiritisme*, Paris, L'Harmattan.

LUCADOU W. VON, ZAHRADNIK F. (2004). *Predictions of the Model of Pragmatic Information about RSPK*, Proceedings Parapsychological Association.

LUCADOU W. VON, POSER M. (1997). *Geister sind auch nur Menschen*, Freiburg, Hender-Spektrum.

MACHADO F.R. (2001) ; « A New Look at Haunting and Poltergeist Phenomena : Analyzing Experiences from a Semiotic Perspective », in Houran J., Lange R. (éd.), *Haunting and Poltergeists : A Mutlidisciplinary Perspectives*.

MALEVAL J.-C. (1981). *Folies hystériques et psychoses dissociatives*, Paris, Payot.

MANCINI S. (dir.) (2006). *La Fabrication du psychisme*, Paris, La Découverte.

MARTINEZ-TABOAS A. (1984). « An appraisal of the role of aggression and the central nervous system in RSPK agents », *Journal of the American Society for Psychical Research*, 78, p. 55-69.

MARTINEZ-TABOAS A., ALVARADO C.S. (1981). « Poltergeist agents : A review of recent research trends and conceptualizations », *European Journal of Parapsychology*, 4, p. 99-110.

MASSON R. (1964). *Fantômes et maisons hantées*, Paris, Solar.

MAUPASSANT G. de (1987). *Apparition et autres contes d'angoisse*, Paris, Garnier Flammarion.

MAUPASSANT G. DE (1995). *Le Horla et autres contes fantastiques*, Paris, Garnier Flammarion, coll. « Étonnants Classiques ».

MEHEUST B. (1999). *Somnambulisme et médiumnité*, t. I : *Le Défi du magnétisme* ; t. II : *Le Choc des sciences psychiques*, Paris, Synthélabo, coll. « Les empêcheurs de penser en rond ».

MEURGER M. (1979-1980). « Le Juge, l'esprit familier et le poltergeist », in *Revue métapsychique*, n° 26-27, p. 49-57.

MEURGER M. (1981). « Les démons de Mâcon », in *Revue métapsychique*, n° 28, « 1re partie : La "Sombre Lumière de la Nature" » ; p. 21-39 ; vol. 15, n° 2 : « 2e partie : Les Diables dans la ville », p. 29-57.

MICHELET S. (1994). *Lorsque la maison crie*, Paris, Robert Laffont, coll. « Nouvelles énigmes ».

MISCHO J. (1991). *Okkultismus bei Jugendlichen,* Mainz,Matthias-Grünewald-Verlag, 1991.

MOREAU C. (1976). *Freud et l'Occultisme*, Paris, Privat.

MOSER F., *Spuk - Ein Rätsel der Menschheit*, Olten 1950.

NATHAN T. (1987). « Ressorts de l'efficacité technique dans les thérapies traditionnelles », in *Adolescence*, t. V, vol. 2, *Thérapeutiques*, automne.

NATHAN T. (1994). *L'influence qui guérit*, Paris, Odile Jacob.

OESTERREICH T.K. (1927). *Les possédés. La possession démoniaque chez les primitifs, dans l'Antiquité, au Moyen-âge, et dans la civilisation moderne*, trad. R. Sudre, Paris, Payot, coll. « Bibliothèque scientifique ».

OVIDE V. (1992). « Approche psychanalytique d'une nouvelle de Maupassant : *Le*

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Horla (1887) », ULP, Faculté de médecine de Strasbourg, Année 1992, n° 188.

OWEN I., SPARROW S. (1976). *Conjuring Up Philip : An Adventure in Psychokinesis*, Ontario, Fitzhenry & Whiteside.

PALMER J. (1974). « A case of RSPK involving a ten-year-old boy : The Powhatan poltergeist », *Journal of the American Society for Psychical Research*, 68, p. 1-33.

PERSINGER M.A., KOREN S.A. (2001). « Predicting the characteristics of haunt phenomena from geomagnetic factors and brain sensitivity : evidence from field and experimental studies », in Houran J., Lange R. (éd.), *Hauntings and Poltergeists : Multidisciplinary Perspectives* (p. 179-194), Jefferson NC, McFarland.

RAUSKY F. (2001*a*). « Mademoiselle Julie : le premier mythe familial d'une personnalité multiple », in Sauvagnat F. (sous la dir.), *Divisions subjectives et personnalités multiples*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, coll. « Clinique psychanalytique et psychopathologie », p. 19-27.

RAUSKY F. (2001*b*). « Le sujet adolescent divisé : un trouble de personnalité multiple au début du XIX^e^ siècle », *Adolescence*, « Homosexualité 2 », n°19, 1, p. 333-345.

RICHER P. (1885). *Études cliniques sur la grande hystérie*, 2^e^ éd. revue et augmentée, Paris.

RICHET Ch. (1922). *Traité de métapsychique*, Paris, Félix Alcan.

ROLL W.G. (1968). « Some physical and psychological aspects of a series of poltergeist phenomena », *Journal of the American Society for Psychical Research*, 62, p. 263-308.

ROLL W.G. (1977). « Poltergeists », in Wolman B.B., *Handbook of Parapsychology*, New York, Van Nostrand Reihold Company, p. 382-413.

ROLL W.G., PERSINGER M.A. (2001). « Investigations of poltergeists and haunts : A review and interpretation », in J. Houran, R. Lange (éd.), *Hauntings and Poltergeists : Multidisciplinary Perspectives* (p. 123-163). Jefferson NC, McFarland.

ROGO D.S. (1974). « Psychoteraphy and the Poltergeist », *Journal of the American Society for Psychical Research*, 47, p. 433-446.

ROGO D.S. (1982), « The poltergeist and family dynamics : A report on a recent investigation », *Journal of the Society for Psychical Research*, 51, p. 233-237.

ROGO D.S. (1986). *On the Track of the Poltergeist*, Englewood Cliffs NJ, Prentice-Hall.

ROMME M., ESCHER S. (2001). *Stimmen hören akzeptieren*.

RUBIN G. (1997). « Croyance et réalisation hallucinatoire du désir », *Revue française de psychanalyse*, juillet-septembre, t. LXI « Croyances », p. 919-926.

SCHMEIDLER G. (2001). « Afterword », in Houran J., Lange R. (éd.), *Haunting and Poltergeists : A Mutlidisciplinary Perspectives*, p. 307-309.

SCHMEIDLER G. (1966). « Quantitative investigation of a "haunted house" », in *Journal of the American Society for Psychical Research*, n° 60, p. 137-149.

SCHMEIDLER G., Moss T. (1968). « Quantitative investigation of a "haunted house" with sensitives and a control group », *Journal of the American Society for Psychical Research*, n° 62, p. 399-410.

SCHOPENHAUER A. (1912). *Essai sur les apparitions et opuscules divers*, Paris, Félix Arcan.

SERVADIO E. (1954). « Psychologie des profondeurs et parapsychologie », in *Revue métapsychique*, n° 31-32.

SI AHMED D. (1984). « Histoire d'une psychothérapie aux singulières incidences mécaniques », in *Revue métapsychique*, vol. 17.

SI AHMED D. (1990). *Parapsychologie et psychanalyse*, Paris, Dunod.

SI AHMED D. (2006). *Comment penser le paranormal*, Paris, L'Harmattan.

SI AHMED D. (1999). « Quelques réalités sur l'envoûtement », *http://www.iclppsy.fr.*

SNOYMAN P. (1985). « Family therapy in a case of alleged RSPK », *Parapsychological Journal of South Africa*, 6, p. 75-90.

STROMBECK F.-Ch. (1814). *Histoire de la guérison d'une jeune personne par le magnétisme animal produit par la nature elle-même*, Paris.

SUDRE R. (1958). *Traité de parapsychologie*, Paris, Payot.

TAUSK V. (2000). « De la genèse de l'appareil à influencer au cours de la schizophrénie », in *Œuvres psychanalytiques*, Paris, Payot-Rivages.

TEGUIS A., FLYNN C.P. (1983). « Dealing with demons : psychosocial dynamics of paranormal experiences », *Journal of Humanistic Psychology*, 23 (4), p. 59-75.

TIRET C., TIRET G. (1953). *Psychanalyse et médiumnité*, Paris, Dervy.

TISSERON S. *et al.* (1995). *Le Psychisme à l'épreuve des générations. Clinique du fantôme,* Paris, Dunod.

TIZANE E. (1951). *Sur la piste de l'homme inconnu. Les phénomènes de hantise et de possession*, Paris, Amiot et Dumont.

TIZANE E. (1971). *Il n'y a pas de maisons hantées ? Journal d'un enquêteur incrédule 1925 à 1932*, Paris, Omnium Littéraire.

ULLMAN M. (1977). « Psychopathology and Psi Phenomena », in Wolman B.B., *Handbook of Parapsychology*, New York, Van Nostrand Reihold Company, p. 557-574.

VALLA J.-P. (1992). *Les États étranges de la conscience*, Paris, PUF, coll. « Psychiatrie ouverte ».

WALLON Ph. (1996). *Expliquer le paranormal*, Paris, Albin Michel.

WALLON Ph. (199). *Le Paranormal*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? ».

WICKLAND C. (2000). *Trente ans parmi les morts*, Paris, Exergue.

WISEMAN R., WATT C., STEVENS P., GREENING E., O'KEEFFE C. (2003). « An investigation into alleged "hauntings" », *British Journal of Psychology*, 94, p. 195-211.

11

LES PERCEPTIONS EXTRA-SENSORIELLES : LE PSI

Erik Pigani

> « Ce jour-là, nous étions en train de boire un café à la maison avec quelques amis, raconte Nicole au cours d'une émission télévisée. Il était 17 heures. Tout à coup, je me suis levée d'un bond en m'écriant : "Il est arrivé quelque chose à Brigitte !" C'était ma fille qui habitait en Hollande. Elle était enceinte de sept mois. Tout le monde m'a prise pour une folle et a essayé de me calmer. Rien n'y faisait. J'ai appelé chez elle. Personne. De plus en plus angoissée, j'ai téléphoné partout, y compris à l'ambassade de France pour demander les numéros de tous les hôpitaux. Finalement, mon gendre a réussi à nous joindre. Il m'a expliqué que Brigitte allait bien, mais qu'elle venait d'accoucher prématurément d'un petit garçon. À 17 heures exactement, bousculée par le chien, elle était tombée dans l'escalier... »

Coïncidence ? hasard ? non, l'anecdote racontée par Nicole est un phénomène typique de *télépathie*. Ce terme, forgé en 1882 par le chercheur britannique Frederic Myers, signifie « sensation à distance ». Mais, contrairement à ce que l'on croit généralement, cette communication d'esprit à esprit — plus connue dans le grand public sous le terme de « transmission de pensée » —, ne se limite pas à des idées ou des images purement mentales. C'est notre corps tout entier qui, bien souvent, est un véritable récepteur. Un exemple historique : pendant la seconde moitié du XIX^e^ siècle, Célestine Galli-Marié, « la » Galli-Marié, était l'une des cantatrices françaises les plus renommées, et avait eu le privilège d'être la créatrice du rôle de Carmen dans le célèbre opéra de Georges Bizet. Le soir du 2 juin 1875, elle était sur scène lorsque, soudain, elle cessa de chanter : elle venait de sentir « comme un coup de marteau » dans son cœur.

En regagnant sa loge, elle dit à tous ceux qui l'entouraient que quelque chose de terrible venait d'arriver à Bizet. *Au même moment*, le compositeur avait eu un grave problème cardiaque. Il est mort deux heures plus tard...

DÉFINITIONS

La télépathie est le premier, car il est le plus courant — on pourrait même dire le plus « banal » — des quatre phénomènes psi (voir encadré ci-dessous) étudiés par la parapsychologie scientifique. Ces phénomènes sont des communications entre psychés ou des interactions esprit-matière qui ne passent pas par nos systèmes habituels de perception, de cognition ou d'action. Aujourd'hui, la grande majorité des chercheurs regroupe les phénomènes psi en deux catégories :

- *le psi réceptif* : la télépathie, la clairvoyance et la précognition constituent une catégorie dite « ESP » (*Extra Sensory Perception* : perception extra-sensorielle) ou « GESP » (perception extra-sensorielle générale) ;
- *le psi projectif :* la psychokinèse, abrégée par le terme « PK », qui regroupe la micro-PK, la bio-PK et la macro-PK.

Qu'est-ce que « le psi » ?
En parapsychologie, « le psi » est un terme général qui désigne une communication paranormale avec l'environnement. Un « phénomène psi » est donc un phénomène de ESP ou PK. Ce terme, traduction de la lettre grecque ψ (avec un *i* pour le différencier d'un phénomène psychologique), a été introduit au cours des années 1940 par R.H. Thouless et B.P. Weisner : « The Present Position of Experimental Research into Telepathy and Related Phenomena », *Proceedings of the Society for Psychical Research*, vol. 47, 1942. « The Psi Process in Normal and "Paranormal" Psychology », *The Journal of Parapsychology*, vol. 12, 1948.

C'est donc le psi réceptif que nous allons aborder ici, mais sans chercher à démontrer l'existence des phénomènes psi, ni même à faire un état des études scientifiques sur le sujet ; ce n'est pas le but de ce chapitre essentiellement consacré à l'approche psychologique des expériences psi spontanées. En lui-même ce domaine représente un corpus considérable — le plus important parmi les

expériences extraordinaires — avec des milliers de publications. Car ces phénomènes, beaucoup plus courants qu'on ne l'imagine, sont susceptibles de toucher tout le monde et se rencontrent dans toutes les cultures depuis l'aube des temps. Ils ont été collectés, analysés et étudiés scientifiquement depuis plus d'une centaine d'années — plus précisément depuis la fondation de la Society for Psychical Research (SPR), à Londres, en 1882[1]. L'un des ouvrages fondateurs de la parapsychologie scientifique, *Phantasms of the Living*, a été publié en 1886 et compile plus de sept cents cas documentés et analysés sur les messages télépathiques de personnes mourantes à leurs proches (Gurney, 1886). En 1903, l'un des co-auteurs de ce livre, Frederic W.H. Myers, pionnier de la parapsychologie scientifique et cofondateur de la SPR, publie sa propre collection de cas en prenant des exemples chez des dizaines d'artistes célèbres comme Mozart, George Sand, Charles Dickens... Dans son étude, il établit déjà un rapport entre l'état artistique, la créativité et les facultés psi. Il a été le premier à vouloir faire reconnaître que les phénomènes psi sont naturels, et non « paranormaux », et considérait que la télépathie est une « loi fondamentale de la vie » (Myers, 1903).

Bien qu'il y ait eu des tentatives d'expériences scientifiques dès le début du XX^e siècle, c'est au cours des années 1930 que Joseph Banks Rhine, un ex-professeur de botanique devenu professeur de psychologie en université, fait entrer la parapsychologie dans le champ scientifique en mettant au point les premiers tests psi avec les fameuses cartes de Zener et une méthode statistique. On peut dire que, à partir des années 1940, il a déjà réussi à démontrer l'existence des trois phénomènes du psi réceptif. Pendant les décennies qui ont suivi, les expériences sur le psi ont été reproduites par milliers, à la fois dans les laboratoires universitaires et dans les organismes privés, et ont débouché, au début des années 1970, sur de nouveaux protocoles d'expérimentation, dont le Ganzfeld, le plus largement utilisé depuis. Entre 1974 et 1997, deux mille cinq cent quarante-neuf séances de Ganzfeld sur la télépathie ont été réalisées par des chercheurs dans le monde entier, et ont fait l'objet de comptes

1. La SPR n'a jamais cessé ses activités. Outre son programme der recherches, elle propose des cours et des conférences publiques, possède une impressionnante bibliothèque ouverte aux chercheurs, publie des bulletins et des livres. *www.spr.ac.uk*.

© InterEditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

rendus dans plus de quarante publications. C'est en 1997 que Dean Radin, docteur en psychologie et ingénieur, directeur de l'ex-Consciousness Research Laboratory de l'université du Nevada, publie une méta-analyse[1] de toutes les expériences psi réalisées dans le monde depuis les débuts de la parapsychologie scientifique, en s'attachant plus particulièrement aux séries d'expérimentation Ganzfeld. Ce travail statistique phénoménal a permis de démontrer définitivement l'existence scientifique des phénomènes psi (Radin, 2000).

Le Ganzfeld (« champ sensoriel uniforme »)
Mis au point en tant qu'outil thérapeutique au début des années 1960 par une équipe de psychologues américains, il est aujourd'hui le protocole expérimental le plus utilisé en parapsychologie depuis qu'il a été utilisé par le psychologue Charles Honorton à partir de 1973 pour ses expériences de télépathie. Cette méthode consiste à induire un état hypnagogique chez le sujet en utilisant une technique efficace de privation sensorielle (Honorton, 1977).

Fréquence et problème de dissonance cognitive

Curieusement, en dépit des millions de témoignages référencés depuis plus d'une centaine d'années et des milliers d'expériences scientifiques publiées — dont une partie a été réalisée dans les laboratoires des universités européennes et américaines qui possèdent un département de parapsychologie scientifique —, « ces expériences ont été systématiquement qualifiées d'impossibles ou d'illusoires par un petit groupe d'universitaires et de journalistes influents, présumant que les théories scientifiques en vigueur étaient absolues et inviolables. Cette attitude a engendré un paradoxe : beaucoup de gens croient au psi parce qu'ils en ont fait l'expérience, mais les partisans du statu quo ont décrété que cette conviction était infondée », souligne Dean Radin.

Pourtant, selon les nombreuses enquêtes publiées dans le monde entier, les *expériences psi spontanées* sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne l'avoue : les chiffres varient sensiblement d'un pays à

1. Étude statistique globale qui combine les résultats d'une série d'études indépendantes sur un problème donné. Elle permet, entre autres, d'interpréter globalement des études parfois contradictoires, de détecter les problèmes de protocoles...

l'autre, mais selon les études menées par des organismes officiels, entre 65 % et 70 % des personnes interrogées disent avoir eu au moins une expérience de psi réceptif (pour exemple, Greeley, 1987). La fréquence de ces phénomènes est beaucoup plus importante que celle « officiellement tolérée ». Ce paradoxe, comme le disait Radin, crée dans le grand public un problème psychologique qui provoque un véritable dilemme : « croire ce que l'on vit » ou bien « croire ce que les institutions officielles affirment ». Dans nombre de cas, la simultanéité de ces deux idées contradictoires provoque une situation de *dissonance cognitive*.

Un exemple de dissonance collective

« C'était un après-midi, et j'étais en train de recoudre une veste sans penser à quoi que ce soit de particulier, raconte Jeanne-Marie. Tout à coup, comme dans un rêve avec des images précises, je vois une personne être projetée en l'air par une voiture et tomber par terre dans la rue. Une femme vêtue de blanc, se baisse et lui caresse le visage. La scène s'est arrêtée tout net. J'ai été surprise, et je me suis dit que mon imagination me jouait des tours. Exactement neuf jours plus tard, j'étais dans ma cuisine, lorsque j'ai revu la même scène, avec des détails en plus : dans une rue, je vois deux voitures rouler. Une voiture projette en l'air une personne qui fait un vol plané, et tombe près d'un poteau électrique en bois. La même forme féminine apparaît alors et se penche sur le corps. Les images étaient précises, mais je ne voyais pas les visages. J'ai été vraiment surprise par ce qui m'était passé dans la tête, et je ne comprenais pas pourquoi j'avais tout à coup "imaginé" ça... Pourtant, je n'étais pas inquiète, il y avait comme une ambiance de sérénité dans ces images. Deux jours après, mon neveu a eu un accident : il roulait en VTT, dans la rue, et a été projeté en l'air par une voiture alors qu'il faisait demi-tour. Il avait vu la première voiture, mais pas la seconde. Je suis allée sur les lieux pour vérifier : il est tombé près d'un poteau électrique en bois... L'accident a été heureusement sans gravité, alors que la voiture roulait à 80 km/h, et mon neveu n'est resté qu'une seule journée en observation. Les médecins ont dit qu'il avait eu une chance incroyable. Moi, j'ai été bouleversée. Je n'ai pas trop osé raconter cette vision, parce que je me suis dit qu'on allait me prendre pour une folle. Mais j'y ai souvent pensé, jusqu'au jour où, à la télé, j'ai vu M. X (un psychanalyste très médiatisé) se moquer ouvertement d'une dame parce qu'elle racontait un rêve prémonitoire, une scène d'accident aussi, qui s'était passé trois jours après. Il lui a dit qu'il était impossible de voir l'avenir, et que ce genre de rêve d'accident, c'est son désir inconscient de voir mourir quelqu'un qui l'avait provoqué. Sur

© InterEditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

> le plateau, un scientifique a ajouté que les rêves prémonitoires n'existent pas, que ce sont de purs hasards, que nous faisons tellement de rêves que statistiquement il est normal de parfois voir des scènes qui finissent par se produire, et que tout ce que racontent les pseudo-scientifiques à ce propos est absolument faux. Lorsque j'ai entendu ça, je me suis sentie très mal, et je n'arrêtais pas de me demander pourquoi j'aurais voulu la mort inconsciente de mon neveu ! En plus, ce que j'avais vécu, ce n'était pas en rêve, et je l'avais vu deux fois avec des détails précis. Là, je me suis dit que quelque chose n'allait vraiment pas dans ma tête, tout en sachant que je ne suis ni folle ni méchante. J'ai mis des mois à réussir à ne plus penser à cette histoire. »

Le cas de Jeanne-Marie est typique : il montre que toute personne qui expérimente un phénomène psi spontané est susceptible de se retrouver dans cette situation paradoxale — le niveau contradictoire « Je suis sûr de ce que j'ai vécu »/« On me dit que ce que j'ai vécu n'existe pas ». Le choix est bien sûr problématique, mais possible. Cependant, ici, Jeanne-Marie n'a pas pu choisir entre croire ou ne pas croire en son expérience, n'a pas pu l'intégrer, et a donc été obligée de l'« oublier »...

Voilà malheureusement ce qui se produit dans une société qui dénie de manière officielle et péremptoire les facultés psi. C'est pourquoi une personne qui vit dans une famille où ces phénomènes sont l'objet de dérision ou considérés comme des « superstitions », ou qui évolue dans un milieu franchement hostile au psi, peut avoir besoin d'une aide psychologique, même sous la simple forme d'un partage de son expérience, pour lui éviter le repli sur soi et le sentiment de solitude qui se développe souvent chez les personnes confrontées à ce type d'expérience, et qui peut mener de l'anxiété au mal-être jusqu'à la dépression.

DESCRIPTION

Nous avons vu que le *psi réceptif* est divisé en trois catégories de phénomènes. Ceux-ci sont eux-mêmes classés en différentes formes d'expériences qui varient selon leur contexte temporel et leur contenu.

La télépathie

C'est la communication directe d'esprit à esprit. Plus connue dans le grand public sous le terme de « transmission de pensée », elle ne passe par aucun des cinq sens.

Les deux types de cas les plus répandus

« Souvent, lorsque le téléphone sonne, je dis "c'est Untel ou Unetelle" et, lorsque je décroche le combiné, c'est bien la personne à laquelle j'ai pensé. Au début, je pensais vraiment que c'était le hasard, mais cela se produit tellement souvent que je n'y crois plus » (témoignage de Jean-Jacques[1]).

« Un jour, je me promenais sur les bords de la Seine avec un ami et, tout à coup, je me suis exclamé : "Mon père est mort !" Il habitait alors à plusieurs milliers de kilomètres. Une heure plus tard, j'ai reçu un télégramme nous annonçant son décès » (témoignage de Guy).

Cependant, la télépathie n'est pas un phénomène qui met uniquement en jeu l'esprit ou le mental, mais le corps tout entier : d'innombrables cas montrent des personnes qui ont vécu à distance l'accident d'un proche en ressentant une douleur dans la partie physique touchée.

« Un jour, lorsque j'étais jeune, pendant la guerre de 1914-1918, mon frère a été gravement blessé à la jambe. Au moment même où il a été touché, je l'ai ressenti exactement à la jambe... Plus tard, ensemble, nous avons pu vérifier la concordance des événements » (témoignage d'Yvonne).

Cette transmission simultanée des sensations corporelles a été particulièrement étudiée par Henri Marcotte. Il l'a nommée « télesthésie » et en a fait une méthode d'entraînement à la télépathie qu'il a enseignée à l'université de Paris-VII en 1975 et 1976 (Marcotte, 1977)[2].

Selon les enquêtes menées sur les phénomènes psi spontanés, 75 % des cas de télépathie se passent pendant la journée, 25 % pendant les rêves (Van de Castle, 1986).

1. Les témoignages sont extraits du livre d'enquête de l'auteur, et de sa collection personnelle (Pigani, 1999).
2. Ce travail a été repris et poursuivi par la psychanalyste et psychothérapeute Djohar Si Ahmed (Si Ahmed, 1990 et 2006).

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

> « Une fois, c'était un lundi matin, j'ai rêvé de mon premier impresario : j'attendais de ses nouvelles lorsque j'ai rêvé qu'il était dans une sorte de ciel, habillé d'un complet veston, et qu'il gémissait parce qu'il se sentait seul. Le matin même, j'en ai parlé à ma mère. Trois jours plus tard, nous avons reçu son acte de décès. Sa mort était survenue le lundi matin » (témoignage de Pierre-François, comédien).

Ce genre de cas est fréquent : une personne rêve qu'un proche, généralement un membre de la famille, vient lui dire au revoir. Cependant, dans le public, à l'occasion d'une expérience psi spontanée, beaucoup confondent ce type de rêve avec une prémonition. Il n'est en effet pas rare d'entendre affirmer : « Un jour, j'ai fait un rêve prémonitoire : j'ai rêvé que mon grand-oncle, qui m'a élevé, venait me dire qu'il devait partir. Le lendemain matin, nous avons appris sa mort. » Dans ce cas, il s'agit d'un rêve télépathique (voir aussi chap. 5).

Cependant, nombre de cas présumés télépathiques peuvent aussi être expliqués par certains facteurs psychologiques : messages subliminaux, mémoire sélective, faculté d'empathie, capacité à déceler les comportements... Il s'agit donc d'être prudent lors de l'analyse de cas de proximité (par exemple lorsqu'une mère déclare : « Ma fille devine tout ce que je pense... »), en tenant compte de l'éventuelle mise en œuvre de ces facteurs. Bien sûr, pour les expériences télépathiques à distance, il est beaucoup plus difficile de se référer à ce type de facteur.

La clairvoyance

C'est la perception à distance d'un lieu, d'un objet, d'un événement, sans l'intervention d'un émetteur, et sans aucun des contacts sensoriels habituels.

Ce phénomène psi — autrefois appelé « métagnomie » — diffère de la télépathie dans la mesure où personne n'envoie une information.

> « Ce matin, je partais à mon bureau à pied, comme d'habitude, ce qui me permet de faire vingt minutes de marche, raconte Jacques. Tout en marchant, je rêvassais lorsque j'ai "su" qu'il y avait une paire de lunettes sur le trottoir. Dix minutes plus tard, je ne pensais même plus à cette idée

> un peu bizarre, lorsque mon pied a buté sur un petit objet. C'était une paire de lunettes... »

Cette anecdote permet aussi de voir que, parfois, la différence entre clairvoyance et prémonition est essentiellement d'ordre sémantique : si Jacques avait dit : « J'ai su que j'allais trouver une paire de lunettes sur le trottoir », son expérience aurait été précognitive (prémonitoire). Il ne faut donc pas confondre « clairvoyance » et « voyance ».

La clairvoyance comporte plusieurs phénomènes différents.

La vision à distance

Connue en parapsychologique sous l'appellation internationale de *Remote Viewing*, c'est la vision d'un lieu éloigné et inconnu, sans intervention d'un émetteur. Cette faculté a fait l'objet de recherches menées avec succès pendant vingt-quatre ans par l'armée américaine, la CIA et la DIA — le fameux projet *Star Gate* (Pigani, 1999).

La psychométrie

Terme à ne pas confondre, bien sûr, avec l'étude des techniques de mesure pratiquées en psychologie. Il s'agit ici de la clairvoyance appliquée à un objet, et qui permet de connaître l'histoire de l'objet et de son propriétaire le cas échéant. De très nombreuses expérimentations ont été menées depuis une bonne centaine d'années, y compris dans des cadres universitaires (Dierkens, 1987). Ce type de test a été popularisé par la télévision : en direct, on demande à une « voyante » de décrire une photo cachée dans une enveloppe scellée, ou de raconter l'histoire d'un objet enfermé dans une boîte... Ce type de phénomène est aussi considéré comme de la *rétrocognition*.

L'autoscopie

Plus rare, ce phénomène consiste à être capable de visualiser spontanément l'intérieur de son propre corps.

La radiesthésie

Appelée aussi « rhabdomancie » ou « sourcellerie », cette faculté permet, à l'aide d'un pendule ou de baguettes, de découvrir

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

des objets cachés — des sources, des objets perdus, des lieux archéologiques... —, des personnes disparues, la profondeur des puits, ou même d'établir un diagnostic médical. La radiesthésie est de plus en plus utilisée par les grandes compagnies d'eau et de pétrole...

Les mancies

Toutes les voyances effectuées à l'aide d'un support (boule de cristal, cartes, marc de café, osselets, etc.) sont considérées comme des clairvoyances.

La xénoglossie

Alors que la *glossolalie*, phénomène répertorié dans les religions et traditions spirituelles, est le don de prier à haute voix dans une langue qu'on ne connaît pas ou de parler dans la « langue des anges », la *xénoglossie* est la capacité de parler, en état modifié de conscience, une langue qu'on ne connaît pas. Ce phénomène est très rare, mais peut se produire au cours de séances de thérapies qui induisent des états modifiés de conscience comme le rebirth, la respiration holotropique... (Grof, 1989).

La précognition

C'est la perception d'événements futurs dont on ne peut pas être informé par nos sens habituels.

Cette faculté défie le sens commun car elle remet en cause les lois connues de l'espace-temps. Le terme « précognition » est utilisé en parapsychologie pour regrouper deux phénomènes sensiblement différents : la « prémonition », qui regroupe toutes les expériences dans lesquelles la personne voit un fait, un événement ; le « pressentiment », qui fait plutôt appel à l'expérience d'une sensation, d'une émotion, et que l'on peut aussi considérer comme une « intuition ».

La prémonition

Les expériences spontanées de prémonition diurne se produisent généralement sous forme de visions, d'images qui s'imposent à l'esprit, de « flashs » :

> « Pendant six ou sept ans, une image très brève s'imposait régulièrement d'elle-même dans mon esprit : je me voyais ouvrir un journal et j'y apprenais la mort de papa, raconte la réalisatrice Valérie Moncorgé, dont le père était Jean Gabin. Ce "flash" très net se produisait la plupart du temps quand je me couchais ou pendant les moments les plus tranquilles de la journée. L'événement est survenu exactement de cette manière-là : j'étais en voyage en Égypte et personne n'avait réussi à me joindre. J'ai appris la mort de papa en ouvrant un journal. »

Ces images peuvent être plus ou moins précises selon les personnes et selon leur aptitude naturelle à « visualiser ».

La prémonition a fait l'objet de très nombreuses expériences scientifiques : Charles Honorton et Diane Ferrari ont publié une méta-analyse de toutes les expérimentations menées en laboratoire entre 1935 et 1987, soit trois cent neuf études dirigées par soixante-deux chercheurs, avec plus de cinquante mille personnes... (Honorton, 1989)

Les expériences spontanées de prémonition pendant le sommeil — les « rêves prémonitoires » — sont relatées depuis l'aube des temps dans toutes les cultures, et sont extrêmement répandues dans le grand public. Elles représentent 60 % des cas spontanés de précognition. Ces rêves n'ont rien à voir avec l'analyse ou le décodage des symboles tel qu'on peut les trouver dans les livres grand public (les « présages » traditionnellement liés aux symboles, comme l'oiseau, l'eau, l'arbre, etc.). Les véritables rêves prémonitoires donnent des images directes de l'événement à venir — ou à peine déformées —, avec des détails parfois extrêmement précis.

> « J'avais eu un accident de la route, et avais laissé ma voiture à un ami garagiste en lui demandant de m'envoyer la facture le plus vite possible, les réparations étant à mes frais. La nuit suivante, j'ai rêvé que la facture s'élevait à 9 912,94 francs... Ce rêve s'était imposé avec tant de force que, le lendemain matin, j'en ai parlé à ma femme. Une semaine plus tard, mon ami ne connaissait toujours pas le montant des réparations. Deux semaines encore ont passé avant que je reçoive cette facture de 9 912,94 francs... au centime près, comme dans le rêve ! » (témoignage de Fred).

Les rêves prémonitoires ont fait l'objet de nombreuses expérimentations Ganzfeld. Celles qui ont été menées — avec celles sur

© InterEditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

la télépathie dans les rêves —, par le docteur Montague Ullman et l'équipe du Dream Research Laboratory du Maimonides Hospital, à New York, sont parmi les plus célèbres de la parapsychologie scientifique (Ullman, 2002).

Le pressentiment

C'est l'impression diffuse que quelque chose va arriver, sans savoir clairement ce qui va se produire. « La semaine dernière, j'avais un entretien d'embauche, mais toute la matinée j'ai eu une drôle d'impression. Je me disais que ça n'allait pas marcher, raconte Jean-Claude. Et cela n'a pas marché : le métro est tombé en panne, et j'ai eu une demi-heure de retard... Ce qui fait qu'on ne m'a même pas reçu ! » Cette *réponse inconsciente du système nerveux à un événement futur* est, dans le grand public, souvent appelée « intuition ». Il est vrai que ce phénomène peut y être apparenté. Cependant, l'intuition est la plupart du temps fulgurante et assortie d'une certitude intérieure, alors que le pressentiment s'installe plus lentement et peut être assorti de doutes sur son bien-fondé. Ces « réponses émotionnelles inconscientes anormales » ont fait l'objet de nombreuses études spécifiques ces dernières années, notamment par le professeur Dick J. Bierman, à l'université d'Amsterdam-Utrech (Bierman, 2001).

LES MODÈLES PSYCHOLOGIQUES

Au cours des quelque cent vingt années de recherche en parapsychologie, les professionnels de la santé mentale et de la relation d'aide qui ont travaillé dans ce champ, ont élaboré un certain nombre de théories psychologiques pour tenter de répondre à toutes les questions que les facultés psi peuvent soulever, certains même pour les intégrer à un modèle général de la psyché, plus large que celui aujourd'hui officiellement admis — essentiellement fondé sur les thèses freudiennes. Ce champ d'études est extraordinairement vaste et est loin d'avoir montré ses limites, tout comme l'est celui des recherches en neurophysiologie et en neuropsychologie, sur la conscience et l'inconscient...

Peu, dans le grand public, et même chez les professionnels, savent que Freud s'était lui aussi intéressé de près à la télépathie. Au point d'écrire, en 1921 :

> « Si je me trouvais au début de ma carrière scientifique au lieu d'être à sa fin, je ne choisirais peut-être pas d'autre domaine de recherches, en dépit de toutes les difficultés qu'il représente » (Freud, 1966).

À la même époque, il publie deux textes spécifiques sur la télépathie (Freud, 1921 et 1922) et reviendra plusieurs fois sur le sujet par la suite, notamment dans ses *Nouvelles conférences sur la psychanalyse*, où il parle de ses propres expériences en relevant déjà l'importance du facteur émotionnel lors de la réception d'un message télépathique :

> « J'ai souvent eu l'impression, lors d'expériences faites en petit comité, que des souvenirs fortement colorés émotionnellement se transmettent avec succès sans grande difficulté. [...] Sur la foi de nombreuses expériences, je suis enclin à conclure qu'une transmission de pensée de cette sorte a toutes les chances de se produire au moment où l'idée émerge de l'inconscient, ou, en termes théoriques, au moment où elle passe du processus primaire au processus secondaire » (Freud, 1936).

Parmi les grands pionniers de la psychologie et de la psychanalyse, Carl Gustav Jung a largement tenu compte des expériences extraordinaires et des phénomènes psi dans ses recherches, son travail avec ses patients, et dans sa propre vie. Il n'a jamais hésité à faire part de ses propres expériences dans la plus grande partie de ses écrits, ainsi que dans son autobiographie, en donnant de nombreux exemples de la façon d'analyser et gérer ces phénomènes (Jung, 1991). Plus récemment, Stanislav Grof a considéré tous les états modifiés de conscience, les expériences extraordinaires ainsi que les phénomènes psi comme faisant partie de la vie psychique. Ils font donc naturellement partie de sa cartographie de la psyché, que beaucoup de professionnels considèrent comme la plus aboutie à ce jour (Grof, 1989). Nombre de psychologues et psychiatres ont, au fil du temps, contribué à ces recherches en donnant leurs propres conclusions sur la répression du psi, les facteurs qui favorisent son apparition, sa place dans la psyché, son influence sur le comportement, etc. Certains ont aussi élaboré des modèles théoriques spécifiques, ou intégrés à des modèles théoriques généraux sur la conscience, comme a pu

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

le faire la chercheuse française Christine Hardy avec ses « champs sémantiques » (Hardy, 1998).

La grande majorité des professionnels de la psy qui n'ont jamais été en contact avec la parapsychologie est toujours stupéfaite par l'ampleur phénoménale du corpus de recherches sur le psi. Cette section de chapitre en résume les principaux éléments.

La petite enfance et la répression du psi

Pour ce qui concerne la place et le rôle des facultés psi dans le développement de la psyché, les parapsychologues n'ont jamais cherché à élaborer une théorie qui s'oppose aux modèles déjà connus, mais ont plutôt intégré leurs découvertes et leurs conclusions aux modèles théoriques de référence. Ce qui est en soi assez remarquable. Bien que l'on trouve de légères différences entre les auteurs, on peut dire qu'il existe aujourd'hui une théorie consensuelle, ici résumée, quant à l'apparition et la répression du psi chez l'enfant[1].

Pendant les neuf mois de la grossesse, la relation de l'enfant *in utero* avec sa mère est caractérisée par l'état fusionnel, une unité physiologique et psychique — ce fameux « sentiment océanique » décrit par Romain Rolland et repris par Freud. Cette période est donc un environnement idéal pour maintenir chez l'enfant, qui n'a pas ou peu conscience de la différence entre lui et sa mère, un état de transe permanent (Watson, 1979). Son absence de conscience du moi l'empêche de filtrer les informations extérieures. Et comme il existe une relation très forte entre les états modifiés de conscience et le psi[2], cela a amené le psychiatre Jan Ehrenwald qualifier la période intra-utérine de « berceau de la perception extra-sensorielle » (Ehrenwald, 1954 et 1981).

Lorsque l'enfant naît, il continue de vivre dans cet état d'unité avec sa mère et le monde extérieur pendant quelques mois, un état privilégié pour lui permettre de ressentir toutes les informations les

1. Les expérimentations psi menées avec des enfants (généralement de 6 à 10 ans), ont montré que plus l'enfant est jeune, plus il obtient des résultats positifs (Spinelli, 1977, 1978).

2. Il est à noter que certaines études ont montré que les personnes qui ont des prédispositions ou des tendances dissociatives, ou des facilités à modifier leur état de conscience, ont aussi des prédispositions pour le psi (Richards, 1991).

plus subtiles de son environnement immédiat, alors que, paradoxalement, c'est la période où tous ses systèmes de perception sont encore sous-développés. « Il semblerait donc que tous nous commencions naturellement notre vie comme des médiums » (Varvoglis, 1992).

Peu à peu, pour émerger au monde, l'enfant se développe en focalisant sur sa mère, comme s'il se servait d'elle, ses échanges sensoriels, psychiques et émotionnels. C'est pourquoi, pendant les deux premières années, il continue de ressentir fortement les états physiologiques et psychologiques maternels — de même que beaucoup de mères sont capables de ressentir l'état de leur enfant, même à distance. « La semaine dernière, je me suis réveillée à deux heures du matin, et j'ai immédiatement senti que mon enfant était malade raconte Caroline. Je suis allée le voir, il avait de la fièvre. » Impossible de dénombrer les témoignages de ce genre, que nous connaissons tous, et qui font partie, dans le grand public, plutôt du sens commun que des expériences extraordinaires. Ce lien d'esprit à esprit entre la mère et son enfant peut se poursuivre, à un degré d'intensité plus ou moins important, jusqu'à l'âge adulte. Il n'est en effet pas rare d'entendre une mère affirmer qu'elle « avait senti que son grand fils n'allait pas bien au moment où il avait effectivement un problème important », même lorsque le fils est éloigné de plusieurs centaines de kilomètres. Le plus curieux, c'est que, dans notre société si prompte à dénigrer le psi, cette communication d'esprit à esprit (d'inconscient à inconscient préfèrent dire certains psychanalystes) entre une mère et son enfant semble aller de soi et n'est jamais remise en cause, même si elle est parfois prétextée (plutôt qu'expliquée) par l'« intuition féminine ». Et comment peut-on expliquer cette communication intuitive autrement que par la télépathie ? On pourra noter, à ce sujet, l'étude récente de Rupert Sheldrake menée avec une centaine de mères sur la concordance entre leurs montées de lait et l'expression de la faim chez leur bébé lorsqu'elles étaient temporairement éloignées ou séparées de lui (Sheldrake, 2006).

Peu à peu, entre zéro et cinq ans, l'évolution physique et psychologique de l'enfant lui permet de s'intégrer au tissu socio-familial dans lequel il est né. Pendant cette période, Ses facultés psi s'estompent. On peut d'ailleurs dire que c'est la fonction fondamentale, autant psychique que biologique, de l'enfance de

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

faire que l'« être fondamental », comme le disent psychologues du transpersonnel, soit complètement absorbé par le milieu et l'époque dans laquelle il vient au monde. Mais cette absorption n'est pas complètement possible chez certains êtres qui préservent en eux des facultés psi que tout le monde a pourtant au départ. La psychologue québécoise Denise Roussel précisait :

> « Voilà une notion qu'on ne développe pas forcément quand on explique l'enfance, La plupart des écoles de psychologie ne tiennent aucun compte de l'existence de la zone psychique et spirituelle de l'être fondamental, que l'on appelle le "soi supérieur". Je partage pourtant cette hypothèse avec de plus en plus d'autres cliniciens. À la suite des recherches que j'ai menées depuis une quinzaine d'années, il m'est désormais impossible de croire qu'un enfant vienne au monde *tabula rasa* — comme disait Freud — c'est-à-dire qu'il commence de zéro, qu'il n'est soumis qu'aux influences de la grossesse et n'est redevable qu'aux liens héréditaires. Toute l'éducation est une compression de cet être global et une suppression de nos facultés psi. Dans notre culture rationaliste, certaines zones de notre conscience sont sujettes à des tronquages culturels. Par exemple, *l'enfant magique* : chaque être humain passe naturellement par une phase d'expansion du champ de conscience, c'est un processus spontané chez le jeune enfant qui voit, entend et sent des choses que les adultes ne peuvent plus expérimenter. Cet enfant magique est forcé de disparaître parce que notre culture ne lui laisse aucune place. Cependant, si la famille à laquelle l'enfant appartient accueille cette dimension sans réserves, elle peut persister et s'intégrer dans les autres fonctions de la civilisation. On peut penser que les enfants d'aujourd'hui, qui ne sont pas soumis aux mêmes tabous, ne connaîtront pas la même scission, la même coupure d'avec cette partie fondamentale d'eux-mêmes » (Roussel, 1989).

Selon le psychologue américain Keith Harary, jusqu'à quatre ans, l'enfant a de nombreuses facultés psi, y compris la télékinésie. Mais les deux facteurs principaux d'une dynamique de répression entrent en jeu pour le forcer à abandonner le monde magique et les facultés psi. Le premier : « Intéressé avant tout par son plaisir et sa survie, l'enfant recherche la voie la plus rapide et la plus efficace pour satisfaire ses plaisirs et ses besoins, explique le psychologue Mario Varvoglis. Il se rend compte que, pour ce faire, les modes ordinaires de communication sont plus faciles à utiliser que le psi » (Varvoglis, 1992). Le second : lorsqu'il commence à maîtriser le langage et à exprimer ses perceptions du monde, l'enfant comprend très vite que toutes celles qui n'entrent pas dans l'ordre normal de la dynamique familiale ne sont pas les bienvenues. Plus le temps passe,

moins il s'engage dans les zones dites « mystérieuses » de l'esprit, et il refoule alors ce type de relation avec son environnement. Cette dynamique de répression le force à abandonner le monde magique. C'est ainsi que, à force d'interdits et de tabous plus ou moins clairement exprimés, notre cerveau s'empêche lui-même de décoder les perceptions de cette zone frontière entre la psychologie et la pathologie. Le docteur Harary précise :

> « Adultes, nos désirs et nos peurs nous empêchent de voir ces choses-là. Un *bruit mental* fait barrage aux facultés psi — télépathie, clairvoyance ou prémonition —, qui sont des impressions rapides et flottantes. Aussi, lorsqu'une personne, par accident, voit un événement qui lui arrive dans le réel quelques jours après, elle prend peur et souhaite bien ne plus revivre une expérience aussi traumatisante » (Pigani, 2003).

Psychologie du psi

En mettant au point leurs protocoles d'expérimentation, les chercheurs en sont venus à se poser l'une des questions centrales de la recherche en parapsychologie : quelles sont les conditions psychologiques qui favorisent le psi ? Déterminer la part des facteurs psychologiques et cognitifs du succès pendant une expérience en laboratoire est donc naturellement devenu l'objectif de la plupart des chercheurs.

Cette voie avait déjà été défrichée dès les années 1920 par l'ingénieur français René Warcollier qui, parallèlement à une brillante carrière « officielle », était devenu président de l'Institut métapsychique international de Paris et avait fait ses propres recherches sur la télépathie. Son approche universaliste (mais néanmoins qualitative[1]) représente une somme phénoménale d'expérimentations et de découvertes sur les conditions psychologiques du psi, comme les pensées parasites, les déformations et déstructurations de messages au cours des « transmissions » télépathiques, l'importance de la forme et des couleurs des images transmises, l'importance de

1. En parapsychologie, il y a trois démarches : l'approche élitiste, qui consiste à travailler avec un ou plusieurs sujets doués ; l'approche universaliste (statistique), qui consiste à travailler avec un grand nombre de personnes « normales » et l'approche de terrain, qui consiste à répertorier et étudier les cas spontanés.

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

l'état émotionnel des agents et des sujets (des « émetteurs » et des « récepteurs ») (Warcollier, 1921, 1937, 1948).

La psychologie du psi est en lui-même un terrain de recherche extrêmement riche qui va, entre autres, de l'étude de la personnalité aux conditions émotionnelles propices à l'apparition du psi, en passant par les états de conscience favorables ou défavorables au psi, les conditions de refoulement du psi... et a valu la parution d'une littérature abondante. En voici le résumé des principaux éléments :

Psi et personnalité

Parmi les traits les plus stables de la personnalité, le *degré d'ouverture* — l'extraversion et l'introversion telle qu'elle a été proposée par C.G. Jung — a été largement étudié par les psychologues et les psychiatres et a valu la conception de nombre tests et grilles d'analyse pour cerner cet aspect essentiel de l'individu (Jung, 1997)[1]. Or, au cours des milliers d'expérimentations qui ont été menées depuis soixante ans, l'extraversion est apparue nettement comme le trait le plus caractéristique de la « personnalité psi ». Les parapsychologues ont utilisé ces tests dans leurs recherches et ont établi une corrélation entre l'ouverture de la personnalité et les résultats obtenus lors des expériences :

> « Le psi est une expression de la face ouverte de notre personnalité, plutôt que sa tendance égotiste. Cela est fondé car le psi est justement une manifestation de notre pouvoir d'interconnexion avec les autres et il s'inscrit logiquement dans une réalité où participation, relation et communion sont plus fondamentales que frontières et distinctions, objets isolés et ego distincts. » (Varvoglis, 1992).

Il faut cependant rester prudent car, cette corrélation obtenue par des moyennes statistiques et vérifiée dans les méta-analyses récentes donne, comme toujours dans les statistiques, une tendance générale (Parker et Brusewitz, 2003). Cela ne signifie pas qu'une personne introvertie ou au caractère effacé ne puisse pas vivre d'expérience psi — notamment parce que l'introversion peut être fluctuante,

1. Cependant, Jung a soutenu que l'expérience de la précognition est liée au type introverti, parce qu'il se fie plus à sa vie intérieure qu'à son expérience sociale, et est capable de percevoir les fluctuations de l'inconscient collectif (Jung, 1964). Les études ont, depuis, montré le contraire : la corrélation est beaucoup plus élevée entre le type extraverti et les réussites aux expériences psi (Honorton, Ferrari, Bem, 1990).

qu'une personne introvertie en société peut être ouverte avec ses proches...

Psi et émotions

Lorsque l'on consulte les collections de cas de psi spontané, la première constatation est que, pour les plus marquants d'entre eux, ils sont très majoritairement liés à un contenu émotionnel chargé. Que ce soit dans les témoignages de télépathie entre deux personnes (disparition d'un parent, accident d'un proche...), de flash précognitif (accidents, tristesse ou problème personnel d'un proche...), d'un rêve prémonitoire personnel ou collectif (on a recensé des dizaines de rêves prémonitoires avant certaines grandes catastrophes, celle du *Titanic* ayant battu tous les records avec quelques centaines de cas répertoriés), il s'agit d'expériences où l'« émetteur » (ou *les* émetteurs) vit une situation critique. L'importance du contenu émotionnel a maintes fois été soulignée et étudiée par les parapsychologues. Pourtant, l'émotion elle-même ne semble jamais être « transférée » au récepteur. Il est possible de faire un parallèle avec les personnes douées d'empathie, capables de *ressentir* et comprendre l'état émotionnel des autres, mais avec assez de recul pour ne pas l'*éprouver*.

Peu d'études ont été menées jusqu'à présent sur l'impact des informations psi sur l'état émotionnel des sujets. Ce que relèvent certains chercheurs, c'est qu'il dépend essentiellement des caractéristiques du phénomène, des croyances du sujet, de son éducation et de son environnement culturel favorable ou défavorable au psi, de la capacité de la personne de parler de ses expériences intimes, de la possibilité sociale d'en parler avec les autres, de la connaissance qu'elle a d'elle-même... L'impact d'un phénomène psi pourra donc varier de l'angoisse, de la peur de l'inconnu ou d'être fou, à la joie ou l'émerveillement (Irwin, 1999 ; Milton, 1992). Si, au cours d'un entretien psychologique, le thérapeute remarque qu'une expérience psi spontanée est génératrice d'angoisse, il est préférable d'en chercher la source non dans l'événement ou le phénomène lui-même, mais dans les facteurs culturels et l'environnement familial et professionnel.

© InterEditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Psi et créativité

Au début des années 1960, la psychologue américaine Margaret L. Anderson a souligné que certaines phases de la créativité[1] pouvaient être mises en parallèle avec certains éléments du psi, comme l'*incubation* (un phénomène psi est préparé inconsciemment) et l'*illumination* (le phénomène apparaît soudainement et clairement) (Anderson, 1962). D'autres chercheurs ont par la suite continué d'établir des corrélations entre le psi et la créativité. Cela n'a pas été sans difficultés car, aujourd'hui encore, il faut tenir compte non seulement des problèmes soulevés par les phénomènes psychiques, mais aussi des zones d'ombre, des imprécisions, des approches ou des théories divergentes (aussi bien en neurophysiologie qu'en psychologie) sur le processus de la créativité (Lubart, 2003).

Quoi qu'il en soit, des séries d'expérimentations ont permis de dégager des constantes et des points communs, parmi lesquels des critères inhérents à la personnalité — comme l'empathie, l'estime de soi, la tolérance, le sentiment d'union avec son environnement, la motivation, la curiosité et l'intérêt pour de nouvelles expériences, un rapport sain avec l'inconnu et l'irréel. Par exemple, la créativité n'a rien à voir avec l'intelligence logico-mathématique ou logico-verbale :

> « Il est faux de penser que la personne la plus intelligente est la plus créative, écrit le psychologue Donald MacKinnon. Cette fonction est caractérisée par l'originalité, une grande faculté d'adaptation, une réalisation de soi. Plus une personne est créative, plus elle montre une ouverture à ses propres émotions et ses propres sentiments et à une compréhension de soi, elle fait volontiers appel à sa "nature féminine" profonde et a un intellect fin et sensible » (Mackinnon, 1962).

À partir de ces observations, des séries d'expérimentations ont été menées avec des artistes. De l'ensemble des études répertoriées sur ces quarante dernières années avec cette population spécifique, il ressort une évidence : les artistes sont nettement plus doués que la moyenne des gens pour le psi. Cette particularité apparaît même

1. Il existe plusieurs versions du processus de créativité, qui adoptent plus ou moins le déroulement suivant : la *préparation*, l'*incubation*, l'*illumination*, la *formulation*, la *vérification*.

lorsque, au cours d'une expérience, ils sont intégrés dans un groupe de « non-artistes »... Par exemple, dans les tests de télépathie, les équipes de récepteurs-transmetteurs qui accueillent au moins un créatif ont des résultats supérieurs à ceux obtenus dans les équipes qui n'en comptent pas (Moss et Gengerelli, 1968). Dans tous les cas, on a constaté que les artistes ont des résultats qui atteignent la plupart du temps le double de la moyenne générale, et que ce sont les musiciens qui obtiennent les meilleures « performances aux tests ESP ». Quelques études de terrain ont aussi permis de faire des parallèles entre la discipline artistique et le psi : les musiciens, qui ont l'habitude d'être à l'écoute de leurs sentiments intérieurs sont les meilleurs en télépathie ; les acteurs, généralement extravertis, expriment plus clairement leurs intuitions ; les dessinateurs, qui maîtrisent la visualisation, sont plus doués pour la clairvoyance ; tandis que les romanciers, surentraînés à imaginer des scénarios, ont plus de prémonitions. Mais dans tous les cas, l'un des facteurs psychologiques qui permette aux artistes d'avoir plus d'expériences si spontanées, est qu'ils n'ont peur ni de leur imaginaire ni de l'inconnu... (Pigani, 1999).

Psi et croyance

Un facteur psychologique qui a pris une réelle importance dans le champ de la recherche en parapsychologie est la croyance. C'est en 1947 que Gertrude Schmeidler, professeur de psychologie à la City University de New York, a eu l'idée de mettre au point les toutes premières expériences dans lesquelles les sujets étaient séparés en deux groupes : d'un côté ceux qui croyaient aux phénomènes psi, de l'autre, ceux qui n'y croyaient pas. Les résultats obtenus avec ces groupes d'étudiants ont été comparés : ceux qui croyaient au psi ont bien mieux réussi, et de manière significative, que ceux qui n'y croyaient pas (Schmeidler, 1988). Pour la petite histoire, Schmeidler avait attribué un nom à chaque clan : les « moutons » pour les croyants, les « chèvres » pour les non-croyants. Aussi, chaque fois que les parapsychologues évoquent cette différence significative, ils l'appellent l'*effet mouton-chèvre*.

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Depuis, cet effet a été l'objet de dizaines d'expérimentations spécifiques et a maintes fois été vérifié[1]. Bien sûr, comme dit précédemment, toutes les conclusions réalisées à partir de données statistiques doivent être relativisées à l'échelle individuelle. Mais il est à noter ici que, d'abord, la « croyance » ou l'acceptation de l'existence du psi sont considérées comme un aspect positif de la personnalité, ce qui va à l'encontre de l'attitude encore très répandue de certains psys qui considèrent la croyance (notamment pour ce qui concerne le paranormal) comme une déficience psychique... Ensuite que, la plupart du temps, la croyance dans le paranormal repose sur une expérience personnelle, y compris chez les chercheurs, dont beaucoup racontent dans leurs livres l'anecdote qui a provoqué leur intérêt pour les phénomènes psi et leur engagement dans la parapsychologie scientifique.

Les études sur l'effet mouton-chèvre ont aussi permis de faire des observations surprenantes : parmi les « chèvres » — ceux qui ne croient pas — certaines personnes ont parfois des résultats si catastrophiques qu'elles se retrouvent *en dessous* de la ligne de base du hasard (le résultat obtenu par le simple hasard), ce qui est normalement impossible... Il s'agit là d'un effet psi à l'envers, que l'on appelle le « psi négatif » (*psi missing*). Les chercheurs expliquent que ce curieux phénomène apparaît lorsque les sujets utilisent — inconsciemment, bien sûr — leurs facultés psi pour confirmer leur croyance en la non-existence de ces phénomènes.

De ces observations est également ressortie la notion de *psi évité* : c'est de cette manière que nous utilisons tous — toujours inconsciemment — nos facultés pour refouler les informations psi, et ainsi éviter de subir le choc émotionnel et psychologique qui peut se produire lors de la confrontation avec un phénomène extraordinaire.

L'effet de déclin

Au cours de toutes ces années de recherche et d'expérimentation, les chercheurs en parapsychologie scientifique ont dû se résoudre

1. On trouvera une documentation importante sur ce sujet, comprenant aussi les méta-analyses réalisées récemment, sur le site du docteur Bernard Auriol : *http://auriol.free.fr.*

à prendre en compte un effet particulier qui se produisait au cours de tous les tests, y compris chez les sujets les plus doués, l'*effet de déclin* : lors des expériences classiques qui demandent une tâche répétitive — par exemple avec les cartes de Zener qui nécessitent un nombre important de tirages — les résultats sont toujours meilleurs au début qu'à la fin... Parfois, chez certains sujets, il arrive qu'ils remontent en fin de test, inscrivant ainsi une courbe en U dans le graphique statistique (Haraldsson et Houtkooper, 1995). Cet effet est généralement expliqué par la lassitude, l'ennui, la fatigue psychique que tout être humain peut éprouver au cours d'une tâche répétitive et ennuyeuse. L'effet de déclin ressemble à d'autres processus psychologiques apparentés aux facultés psi, comme la créativité. Tous les créatifs en témoignent : dès qu'une tâche devient répétitive et obligatoire, ils ressentent très rapidement l'ennui les gagner et sentent l'« inspiration » se dissiper, du moins temporairement. Cette caractéristique incite certains à conclure que le psi n'est ni une réalité ni une faculté psychologique, mais un simple artefact (les « bons » résultats ne seraient dus qu'à une séquence de chance), en se fondant sur le fait que tout processus d'apprentissage est caractérisé par une hausse des performances, et non une baisse. Le problème, c'est d'abord qu'un test psi ne peut en aucun cas être considéré comme un apprentissage ; ensuite qu'il est difficile d'imaginer pourquoi une séquence de chance se manifesterait systématiquement au début d'un test, et non n'importe où !

Certains chercheurs ont aussi remarqué que l'effet de déclin pouvait se manifester très rapidement chez des sujets très doués. Par exemple, dans un test de clairvoyance informatisé, un sujet peut obtenir un résultat excellent pour une première série, un bon résultat pour la deuxième série, un résultat honnête pour la troisième, un résultat neutre pour les suivantes. On retrouve aussi ce problème dans les études qualitatives (approche « élitiste ») sur la clairvoyance avec des personnes extrêmement douées dont le « rendement » est très fluctuant, allant de la réussite la plus incroyable jusqu'à l'échec total d'une séance à l'autre. Aussi, d'autres explications que la fatigue psychique ont-elles été avancées : nous ne sommes ni éduqués ni psychologiquement prêts à assumer nos facultés psi ; nous ne vivons pas dans une société qui favorise

© InterEditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

l'épanouissement de ce genre de don. C'est pourquoi tout se passe comme si, passé un certain seuil « critique », notre esprit bloquait les facultés psi (Pigani, 1999).

L'effet de déclin et l'inconstance des résultats des expérimentations en parapsychologie scientifique montrent que les peurs du « contrôle du mental », que l'on connaît chez certains patients — et qui est d'ailleurs assez répandue dans le grand public —, sont infondées. Bien que cela ait été, au cours des années 1960-1970, un véritable fantasme pour certains gouvernements qui ont engagé des recherches aussi vaines que coûteuses, personne ne peut, humainement parlant, contrôler, surveiller ou nuire à qui que ce soit à distance par la simple volonté de l'esprit.

Psi et intuition

Il est important, ici, de relever la confusion fréquente entre « phénomène psi » et « intuition ». Il est en effet très courant d'entendre une expérience spontanée de télépathie, de clairvoyance ou de précognition qualifiée d'« intuition ». Même C. G. Jung avait regroupé ces expériences sous ce terme :

> « Les rêves prémonitoires, la télépathie et tous les faits de cet ordre sont des intuitions. J'ai constaté de ces phénomènes en quantité et suis convaincu qu'ils existent ; on en trouve partout dès que l'on prête attention aux perceptions qui nous parviennent à travers les couches subliminales de notre être » (Jung, 1987).

Les fonctions psychiques selon Jung

Pour Jung, notre conscience utilise quatre fonctions psychiques, indispensables à la vie et au développement de notre personnalité : la *sensation* (toutes nos impressions sensorielles, c'est-à-dire les informations à l'état brut que nous recevons par l'intermédiaire de nos cinq sens) ; la *pensée* (elle identifie ces informations, les analyse, donne un nom aux objets, les place dans un ordre logique) ; l'*intuition* (elle apporte des informations complémentaires, inaccessibles à nos cinq sens ou par un processus mental logique) ; le *sentiment* : ce sont les émotions déclenchées ou rattachées aux objets. Si l'une de ces quatre fonctions est trop développée, c'est le déséquilibre psychique. Par exemple, si notre partie logique et rationnelle est dominante, elle bloque le sentiment et l'intuition.

Pourtant, les recherches plus récentes ont permis d'affiner ces concepts et de différencier intuition et phénomènes psi.

Ainsi, le psychologue américain John Klimo explique que la télépathie, la clairvoyance et la prémonition font partie du processus intuitif, « mais ces facultés psi ne sont pas en elles-mêmes de l'intuition : ce sont des modes d'acquisition d'informations sur lesquelles l'intuition peut travailler » (Klimo, 1996). Celle-ci devient alors la faculté de servir de récepteur à des pensées, des sensations et des informations qui proviennent d'une source située au-delà du moi individuel. Mais, contrairement aux phénomènes psi, l'intuition ne donne pas lieu à l'apparition d'images précises. C'est pourquoi elle est parfois apparentée à une forme de médiumnité : la *médiumnité globale* (Mishlove, 1975).

L'intuition est d'ailleurs, aujourd'hui, de plus en plus souvent considérée comme une « intelligence » à part entière, au même titre que l'intelligence logico-mathématique ou l'intelligence émotionnelle. C'est au cours des années 1990 que Daniel Cappon, professeur de psychologie à la York University de Toronto, a mis au point un test informatisé — le « IQ2 » (*Intuition Quotient Test* : « Test de quotient intuitif ») —, qui évalue notre faculté innée d'intuition. Selon ce chercheur, l'apparition du langage chez l'être humain, il y a des milliers d'années, a peu à peu refoulé la pensée et l'expression intuitive dans une zone très profonde de l'inconscient, « à l'interface entre l'inconscient collectif et la mémoire personnelle ». L'information intuitive est donc emmagasinée, sous forme d'images, et ne répond généralement pas aux stimuli extérieurs. Mais, en tant que faculté générique de l'espèce humaine, elle peut se réveiller à tout moment chez chacun d'entre nous (Cappon, 1998).

Le potentiel thérapeutique du psi

On l'aura remarqué, le psi est, chez les chercheurs, très majoritairement — si ce n'est totalement — considéré comme un aspect positif de la psyché. Et rien de plus normal puisque, depuis les débuts de la parapsychologie scientifique, cette faculté a été considérée comme un *potentiel* de l'esprit humain et non comme une pathologie. C'est dire que, depuis une centaine d'années, son étude s'est démarquée de la recherche en psychologie, en psychiatrie et en neurophysiologie, dont la quasi-totalité des travaux ont été menés à partir de problèmes pathologiques. En ce sens, on peut dire

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

que l'étude des facultés psi s'inscrit dans le courant de la nouvelle « psychologie positive » — l'étude des conditions et des processus qui contribuent à la prospérité ou au fonctionnement optimal des individus, des groupes et des institutions –, dont le chef de file est Martin Seligman, l'ancien président de l'American Psychological Association (Seligman, 2004).

Or, s'il est un aspect méconnu, autant du grand public que des professionnels de la psy, c'est bien le potentiel thérapeutique des facultés psi. Pourtant, Freud lui-même avait déjà souligné que les perceptions télépathiques chez ses patients pouvaient éclairer du matériau émotionnel réprimé... Plus tard, cette voie de recherche a valu l'un des chapitres les plus étonnant de la psychologie française, car l'un des premiers chercheurs à avoir exploré cette voie est Henri Marcotte qui, entre 1964 et 1985, a mis au point sa méthode de *télesthésie* — la télépathie volontaire et contrôlée —, dans ses « groupes d'entraînement à la télépathie ». Sa technique permet d'abord de prendre conscience du champ sensoriel de notre corps, ensuite de le contrôler pour apprendre à transmettre et recevoir des informations par la pensée :

> « Participer à un groupe d'entraînement à la télépathie peut paraître étrange, bizarre, pour ne pas dire inavouable..., explique la psychanalyste Djohar Si Ahmed, qui propose ce travail[1]. Pourtant, il ne s'agit que de désinhiber une faculté que nous possédons tous et qui, grâce à un extraordinaire pouvoir d'ouverture de la conscience, apporte bien des avantages au quotidien. L'une des étapes du travail de télépathie en groupe consiste à résoudre nos blocages et nos peurs. C'est un véritable travail thérapeutique sur l'ego. Ce processus est parfois long, mais dès que les gens comprennent que la psyché peut s'ouvrir et se fermer comme les portes d'une maison, ils découvrent, par expérience, qu'il est impossible d'envahir l'esprit des autres ou de se laisser envahir par les autres. Ils sont alors plus attentifs à leur ressenti, à leurs émotions, aux autres, à leur environnement, et sont capables d'utiliser leur intuition dans la vie quotidienne » (Pigani, 2002).

De manière empirique, nombre de thérapeutes ont, chacun de leur côté, fait des observations sur le rôle positif du psi dans la relation transfert-contre-transfert. Jules Eisenbud, par exemple, a avancé que les échanges d'« inconscient à inconscient » qui peuvent se manifester sous forme de télépathie ou de rêves prémonitoires,

1. Si Ahmed, 1990 et 2006.

pouvaient dénouer l'angoisse ou la peur de se confier, et ainsi faciliter le progrès de la thérapie (Eisenbud, 1970). Toutefois, il n'y a jamais eu de travaux scientifiques formels sur le sujet.

De même, certains thérapeutes spécialisés dans l'accompagnement du deuil ont pu remarquer, de manière empirique, que les « visites » de défunts au moment de leur mort sous forme d'un rêve (rêve télépathique), jouent la plupart du temps une fonction cathartique qui a une influence bénéfique sur le processus de deuil. (*cf.* chap. 5)

Sur un autre plan, des chercheurs tels que Keith Harary ont insisté sur le fait que le psi est une forme d'expression personnelle qui met en évidence une relation saine avec la nature, et qu'il peut être aussi une opportunité d'améliorer la relation avec soi, les autres et son environnement (Harary, 1992). Pour Mario Varvoglis, la capacité d'être en contact avec une source d'information plus riche et plus large est un don d'une grande valeur : elle peut enrichir la texture de la vie, permettre de faire des choix plus rapide et plus judicieux, insuffler de la créativité, voire de l'inspiration dans son travail (Varvoglis, 1992). Pour nombre d'autres spécialistes, psychothérapeutes et formateurs en développement personnel, ces conclusions sont très similaires au travail spécifique sur le développement de l'intuition, qui est, il faut l'avouer, beaucoup plus « admis » dans le grand public que le développement des facultés psi (Mielczarek, 2003). Les « qualités » que peut procurer le développement du psi et/ou de l'intuition, peuvent d'ailleurs être le sujet d'une discussion entre un thérapeute et son patient : une meilleure connaissance de soi et de ses ressources, une meilleure empathie spontanée avec les autres, une meilleure écoute, une vision du monde plus ouverte, un meilleur accès à l'imaginaire et à la créativité, etc.

Une autre voie a largement aussi été explorée ces trente dernières années : le potentiel thérapeutique des états modifiés de conscience (Grof, 2002). Comme nous avons déjà vu le lien étroit entre le psi et les états modifiés de conscience, on pourra se référer aux sections qui traitent spécifiquement de ce sujet dans le manuel. Mais, à propos de l'apport positif du psi en thérapie *et* dans la vie quotidienne, Dean Radin le résume ainsi :

> « Les psychologues cliniciens savent que le sentiment d'une solitude essentielle conduit à l'anxiété, au mal-être et à la dépression. Pour que se maintienne la

© InterEditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

> santé physique et morale, non seulement des individus, mais aussi des sociétés, nous devons croire que nous vivons dans un monde riche de sens et de valeurs. Or, le psi évoque un tel "univers conscient", non uniquement comme méthode thérapeutique, mais comme réalité » (Radin, 2000).

PSYCHOPATHOLOGIE

Il est rare qu'un clinicien n'ait jamais rencontré, au cours de sa carrière, une personne se plaignant d'avoir l'esprit envahi par les pensées d'une ou plusieurs autres personnes, ou d'être contrôlé à distance par un groupe d'individus... Dans ce cas, il ne s'agit pas de télépathie : nous sommes dans le domaine de la pathologie. Malheureusement, c'est ce genre de cas qui peut amener un praticien non informé à croire que toute expérience télépathique — si ce n'est la faculté de télépathie — relève de la psychopathologie.

Pour ce sujet, on se référera au chapitre 2 « Psychopathologie » de ce manuel, qui en expose en détail les données les plus importantes. Toutefois, pour ce qui concerne spécifiquement les phénomènes psi, il faut noter que le problème est en lui-même délicat et difficile à cerner car il arrive que de *réelles expériences psi spontanées* se produisent dans un grand nombre de contextes cliniques, et il est parfois très difficile de déterminer quelle expérience est pathologique (hallucinatoire par exemple) ou ne l'est pas. Cela conduit encore à bien des confusions chez la plupart des praticiens. Un problème d'autant plus important que l'on rencontre effectivement des similitudes entre les symptômes de la personnalité schizotypique (croyances bizarres, perceptions inhabituelles...) et les caractéristiques phénoménologiques du psi (Thalbourne, 1985, 1995). Ce qu'il faut retenir avant tout, c'est qu'un véritable phénomène psi ne détermine pas une pathologie ; c'est pourquoi l'un des premiers buts du praticien confronté à ce genre de cas sera d'aider le patient à se désidentifier du phénomène.

Dans le groupe des troubles psychotiques (troubles bipolaires, schizophrénie...), certains symptômes peuvent aussi présenter des similitudes avec les expériences psi, notamment la perception de voix ou de « messages télépathiques ». Ce trouble diffère cependant d'une véritable expérience psi par la forme : une expérience télépathique (comme un flash de voyance) est toujours brève ; une

expérience pathologique est toujours longue, racontée avec force détails et emphase par le patient. De plus, les personnes psychotiques seront moins aptes à reconnaître l'étrangeté de leur expérience que les personnes qui ne présentent aucune pathologie.

Quoi qu'il en soit, tous les professionnels formés à l'approche des expériences extraordinaires se fondent avant tout sur l'état de bien-être psychique et l'intégration (ou la normalisation) du phénomène pour déterminer si le patient a besoin d'un accompagnement psychologique de plus ou moins longue durée. On pourra aussi se référer, à ce propos, aux approches psychanalytiques du psi, qui sont toutefois assez rares (Si Ahmed, 1990, 2006).

Pour conclure cet aperçu, on pourra tenir compte du conseil donné par le psychologue canadien François Leduc :

> « Les travaux récents en psychologie de la conscience, fondés sur des approches psychophysiologiques, neuropsychologiques et psychobiologiques resituent les limites de la conscience ordinaire et de la perception consensuelle de la réalité sensorielle. Ils identifient aussi des substrats physiologiques et des mécanismes cognitifs qui s'apparentent à une autre saisie toute aussi valable du réel. Selon celle-ci, les phénomènes psi deviennent des expériences exceptionnelles mais normales. Il s'agit dès lors, non plus de les discréditer, mais de reconnaître leur place dans le vécu personnel et de favoriser, s'il y a lieu, leur harmonisation. Cela dit, il reste beaucoup à faire pour départager sainement ces expériences et pour tenter de comprendre quels sont leurs substrats physiques véritables. Cela n'empêche pas que nous devrions avoir le courage comme professionnels de la santé mentale de ne pas abuser des grilles psychopathologiques ou des traitements pharmacologiques et de nous donner des perspectives véritablement fondées sur le développement humain et sur la santé mentale » (Leduc, 1983).

L'APPROCHE CLINIQUE

Qu'il soit psychologue, psychiatre, psychothérapeute ou psychanalyste, le praticien qui se retrouve épisodiquement, ou régulièrement, confronté au rapport d'expériences psi spontanées de la part de certains patients doit en premier lieu approfondir le sujet en prenant connaissance des publications sur les différentes recherches menées dans le domaine de la parapsychologie scientifique et de la psychologie expérimentale. Il existe, à ce propos, une association internationale qui regroupe tous les professionnels de la parapsychologie (psychologues, professeurs d'université, scientifiques,

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

chercheurs...), la Parapsychological Association, fondée en 1957 par J. B. Rhine, et qui constitue une plate-forme majeure de ressources sérieuses et viables[1]. En France, l'Institut métapsychique international (IMI), fondation reconnue d'utilité publique créée en 1919, est une importante source pour les professionnels, on y trouve une bibliothèque riche de quelque six mille livres, et des milliers d'archives. Le meilleur moyen de se familiariser avec les phénomènes psi est de commencer par se documenter sur les cas spontanés. Cependant, en comparaison avec les ouvrages consacrés aux phénomènes de hantise ou de communication avec l'Au-delà, il existe peu d'ouvrages spécifiques regroupant des cas, des témoignages et des anecdotes. Il en est de même dans la documentation générale de la parapsychologie scientifique car, malheureusement, depuis une cinquantaine d'années, l'étude du psi spontané a été la plupart du temps négligée au profit des expérimentations en laboratoire. Et ce, pour de nombreuses raisons. En premier lieu, et on le sait, parce que les témoignages, aussi nombreux soient-ils, ne peuvent être considérés comme des preuves scientifiques. Une autre raison, qui a son importance dans le monde de la science, est que les subventions pour ce genre d'études sont rares, si ce n'est inexistantes... Pourtant, ces dernières années, quelques chercheurs ont commencé à insister sur l'importance d'ouvrir de nouveau la parapsychologie à ce type d'étude qui peut, par exemple, aider à mieux comprendre les phénomènes ou à éclairer la pratique clinique (Watt, 1990 ; Alvarado, 2002).

L'un des problèmes majeurs auxquels sont confrontés les chercheurs et les praticiens, c'est qu'il n'y a aucun moyen d'être sûr qu'une expérience psi est vraie ou fausse. Non seulement en raison de la fragilité bien connue des témoignages, mais aussi parce que, en raison de l'immense variété des expériences spontanées, de leurs contextes, des personnalités des patients..., il n'existe pas de « format » ou de modèle qui puisse valider une expérience personnelle. Lorsqu'une personne rapporte une expérience psi, il est donc tout à fait possible qu'elle reconstruise, comme pour toute autre expérience humaine, son récit, dans lequel elle aura intégré

1. Site internet de la Parapsycological Association : *www.parapsych.org*.

ses croyances personnelles et ses valeurs culturelles, ait enjolivé son histoire et créé quelques distorsions inconscientes. Toutefois, ce problème se rencontre bien moins souvent avec le psi qu'avec toute autre expérience extraordinaire car, en général, vu leur nature, ces phénomènes sont à la fois fugaces et prégnants : hormis pour les rêves prémonitoires ou télépathiques qui peuvent être « longs », près de la moitié des cas de télépathie, de clairvoyance ou de prémonition se manifestent sous la forme de séquences ou de flashs courts et précis[1]. Les personnes qui les rapportent en ont donc bien souvent un souvenir précis, parfois bien plus net qu'un souvenir « banal » de la vie quotidienne ou même qu'un souvenir émotionnellement chargé.

Mais il est aussi possible que, pour une raison ou pour une autre (pour se valoriser, se distinguer des autres ou tenter d'avoir une emprise sur eux, etc., pour monter une escroquerie financière) une personne exagère sciemment son expérience ou raconte une expérience qu'elle n'a pas eue. Ce genre de problème ayant été remarqué dans plusieurs études, certains chercheurs ont soulevé la possibilité d'utiliser l'*échelle de mensonge* du MMPI dans l'étude des cas de psi spontané (Hastings, 1992).

Quoi qu'il en soit, pour le clinicien formé en parapsychologie (ou informé le cas échéant), l'approche la plus efficace pour déjouer ces pièges est d'orienter l'entretien sur la signification de ces phénomènes dans la vie du patient, et non de s'interroger sur l'existence du phénomène ou la réalité de l'expérience. De même que la forme du phénomène psi en elle-même — télépathie, précognition ou clairvoyance — ne revêt pas une importance particulière : il n'y a pas de « hiérarchie » instituée dans les expériences psi, dont certains ne diffèrent, nous l'avons vu, que sur le plan sémantique. À partir de là, le clinicien pourra cerner, entre autres, les facteurs qui ont pu déclencher l'expérience, et la replacer dans le contexte de la dynamique psychique.

1. Bien que le rapport entre la forme de l'expérience psi subjective et la personnalité du témoin n'ait jamais été établi avec précision, Louisa Rhine a avancé que 44 % des expériences psi se manifestent sous la forme d'images réalistes, 26 % sous forme d'intuitions, 21 % sous forme d'imagerie irréaliste, 9 % sous forme d'hallucinations sensorielles (Rhine, 1962).

© InterEditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Mais dans cette quête de la signification, il y a un écueil sur lequel se heurtent parfois les patients comme les praticiens : le sens à tout prix. Il est vrai que, à l'occasion d'un rêve prémonitoire, d'un flash de voyance, de la réception d'une information télépathique, certaines personnes demandent : « Pourquoi moi ? » ou : « Pourquoi cela m'arrive *à moi* ? » Ce genre de questionnement est assez fréquent et ne mène pas à un développement mégalomaniaque, sauf si le patient présente déjà une pathologie psychotique. Une expérience psi est toujours signifiante pour le patient, certes, mais elle n'est pas forcément un « message du destin », comme on l'entend parfois : avoir un jour un flash de voyance ne signifie pas que l'on doive devenir voyante ou que l'on est doué pour prédire l'avenir (on ne compte pas le nombre de voyantes qui se sont installées après leur première... et dernière expérience de véritable prémonition !) ; faire un rêve prémonitoire d'une catastrophe collective ne signifie souvent rien d'autre que, cette nuit-là, notre esprit a capté un événement futur, et non le « signe » qu'on est appelé à une grande mission ; ressentir à distance, et donc par télépathie, l'accident d'un proche démontre simplement que notre esprit est capable de recevoir des informations à distance...

Lors de l'investigation de la signification de l'expérience, il est donc important de la *normaliser* (pour ne pas dire « banaliser ») : il faut insister sur le fait que le psi est une faculté naturelle chez tout être humain, plus ou moins refoulée ou plus ou moins développée selon les individus. Argumenter ses propos, montrer que l'on est ouvert à ces phénomènes et informé sur le sujet permet aussi de désamorcer la dissonance cognitive évoquée dans la première partie de ce chapitre. Bien sûr, il va de soi que le praticien doit être lui-même ouvert à l'existence du psi !

Enfin, on sait aussi que l'interprétation et l'intégration des phénomènes psi dépendent beaucoup du milieu culturel du patient. Une personne d'origine brésilienne ou africaine n'aura parfois pas besoin d'intégrer son expérience psi, puisque ces phénomènes sont déjà culturellement intégrés, parfois même normalisés. Dans certaines régions françaises, ces expériences — notamment pour ce qui concerne les prémonitions — sont considérées comme des diableries, de la sorcellerie, alors que dans d'autres milieux, ils sont considérés comme un don de Dieu... On pourra donc se référer

aux recherches en ethnopsychiatrie, notamment aux nombreux ouvrages de Tobie Nathan sur ce sujet (Nathan, 2001, 2007).

En guise de conclusion, l'encadré ci-dessous présente un résumé des points importants auxquels les praticiens pourront se référer lorsqu'ils seront confrontés à la narration d'une expérience psi.

- Garder une attitude ouverte en considérant l'expérience psi spontanée comme normale et naturelle, ou comme faisant partie de la réalité psychique du patient, sans aucun jugement[1].
- Évaluer comment le patient interprète son expérience plutôt que de tenter d'authentifier (ou de rejeter) le phénomène psi.
- Identifier les *a priori* positifs ou négatifs du patient sur le psi : le patient peut en effet avoir peur de ces phénomènes, se croire différent, fou... *A contrario* on peut assister, chez certains, à une véritable inflation de l'ego.
- Prendre le temps d'expliquer ce que sont réellement les phénomènes psi, en insistant sur le fait que, bien que la science n'ait pas encore pu comprendre *comment* ils fonctionnent, ils sont beaucoup plus répandus qu'on ne le croit. Le cas échéant, expliquer que les facultés psi ne sont ni des « pouvoirs » ni des « superpouvoirs » tels qu'on le voit dans les films et séries télévisées de plus en plus nombreux. Ce temps d'intégration du phénomène en tant que faculté normale, mais peu exploitée, permettra au patient de prendre conscience qu'il n'est pas seul à vivre ce genre d'expérience, et que ce n'est pas forcément un signe de maladie mentale. Cette prise de conscience peut permettre de réduire l'anxiété due à la situation, et peut même aller jusqu'à la résolution de somatisations chroniques.
- Orienter la discussion sur la signification de cet événement dans la vie du patient.
- Conduire ensuite l'entretien selon son habitude de praticien en relativisant l'événement et en le plaçant dans un contexte normalisé.

1. On pourra, à ce propos, se référer à l'approche centrée sur la personne (ACP) de Carl Rogers, qui met l'accent sur la qualité de la relation thérapeute-patient, l'écoute empathique, l'authenticité et le non-jugement (Rogers, 2005).

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

BIBLIOGRAPHIE

ALVARADO C.S. (2002). « Thoughts on the Study of Spontaneous Cases », *The Journal of Parapsychology*.

ANDERSON M.L. (1962). « The Relations of Psi to Creativity », *The Journal of Parapsychology,* vol. 26.

BEAUREGARD M., O'LEARY D. (2008). *Du cerveau à Dieu*, Paris, Guy Trédaniel Éditeur.

BENDER H. (1976). *L'Univers de la parapsychologie*, Paris, Dangles.

BIERMAN D.J., RADIN D.I. (2001). « Anomalous Uncounscious Emotional Responses : Evidence for a Reversal of the Arrow of Time » (en français sur le site *www.metapsychique.org*).

BLACMORE S. (1980). « The Extend of Selective Reporting of ESP Ganzfeld Studies », *European Journal of Parapsychology*, vol. 3.

BOWLES N., HYNDS F. (1983). *La Recherche psi*, Paris, La Table Ronde.

BROUGHTON R.S. (1996). *Parapsychologie : une science controversée*, Paris, Le Rocher.

CAPPON D. (1998). *Intuition : Harnessing the Hidden Power of the Mind*, Diane Pub Co,.

CHILD I.L. (1985). « Psychology and Anomalous Observations : The Question of ESP in Dreams », *American psychologist*, vol. 40.

DIERKENS J. (1987). « Perception extrasensorielle : ses dimensions verticales et horizontales », *Université de Mons-Hainault, ISF87FRA.JSF*.

DUNNE B., JAHN R. (1991). *Aux frontières du paranormal*, Paris, Le Rocher.

EDGE H.L., MORRIS R.L., PALMER J., RUSH J.H. (1986). *Foundations of Parapsychology : Exploring the Boundaries of Human Capability*, Routledge & Kegan Paul.

EHRENWALD J. (1947). *Telepathy and Medical Psychology*, Allen & Unwin.

EHRENWALD J. (1954). « Telepathy and the Child-parent Relationship », *Journal of the American Society for Psychical Research*, vol. 48.

EHRENWALD J. (1981). *Le Lien télépathique*, Paris, Robert Laffont.

EISENBUD J. (1970). *Psi and Psychoanalysis*, Grune & Stratton.

FREUD S. (1921). « Psychoanalyse und telepathie », *Gesammelte Werke*, vol. 17 (disponible en français sur le site *www.metapsychique.org*).

FREUD S. (1922). « Traum und telepathie ». *Gesammelte Werke*, vol. 13 (disponible en français sur le site *www.metapsychique.org*).

FREUD S. (1936). *Nouvelles Conférences sur la psychanalyse*, Paris, Gallimard.

FREUD S. (2006). *Correspondance complète, 1907-1926*, Paris, Gallimard.

GLICKSOHN J. (1990). « Belief in Paranormal and Subjective Paranormal Experience », *Personnality and Individual Difffe-rences*, vol. 11.

GREELEY A.M. (1987). « Mysticism Goes Mainstream », *American Health*, vol. 6 (1).

GROF S. (1989). *Les Nouvelles Dimensions de la conscience*, Paris, Le Rocher.

GROF S. (1996). *Psychologie transpersonnelle*, Paris, Le Rocher, rééd.

GROF S. (2002). *Pour une psychologie du futur*, Paris, Dervy.

GURNEY E., MYERS F.W.H., PODMORE F. (1886). *Phantams of the Living*, Trübner.

HARALDSSON E., HOUTKOOPER J.M. (1995). « Meta-analysis of 10 Experiments on Perceptual Defensiveness and ESP : ESP Scoring Patterns and Experimenter and Decline Effects », *The Journal of Parapsychology*, sept.

HARARY K. (1992). « Spontaneous Psi in Mass Mythology, Media and Western Culture », in *Spontaneous Psi, Depht Psychology and Parapsychology : Proceedings of an International Conference*, Parapsychology Foundation.

HASTINGS A. (1992). « Psi and the Dynamics of Motivation », in *Spontaneous Psi, Depht Psychology and Parapsychology : Proceedings of an International Conference*, Parapsychology Foundation.

HARDY C. (1988). *La Science et les États frontière*, Paris, Le Rocher.

HARDY C. (1998). *Networks of Meaning*, Praeger,.

HONORTON Ch (1977). « Psi and Internal Attention States », in *Handbook of Parapsychology*, Van Nostrand Reinhold.

HONORTON Ch., FERRARI D. (1989). « Future Telling : A Meta-analysis of Forced-choice Precognition Experiments, 1935-1987 », *Journal of Parapsychology*.

HONORTON C., FERRARI D., BEM D. (1990). « Extraversion and ESP Performances : Meta-analysis and a New Confirmation », in *Research in Parapsychology*, Scarecrow Press.

IRWIN H.J. (1992). « Origins and Functions of Paranormal Belief : The Role of Childhood Trauma and Interpersonal Control », *Journal of the American Society for Psychical Research*, vol. 86.

IRWIN H.J. (1999). *An Introduction to Parapsychology*, McFarland.

JUNG C.G. (1964). *Two Essais on Analytical Psychology*, Meridian.

JUNG C.G., *L'Homme à la recherche de son âme*, Paris, Albin Michel, 1987.

JUNG C.G., *Ma vie*, Gallimard/Folio, 1991.

JUNG C.G. (1964). *Les Racines de la conscience*, Paris, Le Livre de poche, 1995.

JUNG C.G. (1964). *Types psychologiques*, Georg, 1997.

KLIMO J., *Les Médiateurs de l'invisible*, Paris, J'ai lu, 1996.

KRIPPNER S. (1989). *Les Pouvoirs psychiques de l'homme*, Paris, Le Rocher.

LEDUC F. (1983). « États de conscience, phénomènes psi et santé mentale », *Revue de parapsychologie*, n° 15.

LE MALÉFAN P. (1995). « Sciences psychiques, métapsychiques et psychologie. Côtoiement et divorce. Histoire d'un partage. », *Bulletin de psychologie*, t. 48, n° 421.

LESTER D., THINDSCHMIDT J.S., TRAUTMAN L.A. (1987). « Paranormal Belief and Jungian Dimensions of Personality », *Psychological Reports*, vol. 61.

LIGNON Y., MORISSON J. (2007). *Parapsychologie*, Paris, Les Trois Orangers.

LUBART T. (2003). *Psychologie de la créativité*, Paris, Armand Colin.

MACKINNON D. (1962). « The Nature and the Turture of Creative Talents », *The American Psychologist*, vol. 17.

MARCOTTE H. (1977). *La Télesthésie, méthode d'entraînement à la télépathie*, Paris, Presses de la Renaissance.

MIELCZAREK V. (2003). *L'Intelligence intuitive*, Paris, Éditions Quintessence.

MILTON J. (1992). « Effects of "paranormal" experiences on people's lives : An unusual survey of spontaneous cases », *Journal of the Society of Psychical Research*, vol. 58.

MISHLOVE J. (1975). *The Roots of Consciousness*, Random House.

MOSS T., GENGERELLI J.A. (1968). « ESP Effects Generated by Affective States », *The Journal of Parapsychology*, vol. 32.

MYERS F.W.H. (1903). *Human Personality and its Survival of Bodily Death*, 2 vol., University Books, 1961.

NATHAN T. (2001). *L'influence qui guérit*, Paris, Odile Jacob.

NATHAN Tobie, NATHAN T. (2007). *Nous ne sommes pas seuls au monde : les enjeux de l'ethnopsychiatrie*, Paris, Le Seuil, coll. « Points ».

NEPPE V.M. (1992). « Anomalous Experience and Psychopathology », in *Spontaneous Psi, Depth Psychology and Parapsychology*, Parapsychological Foundation.

PARKER A., BRUSEWITZ G. (2003). « A Compendium of the Evidence for Psi », *European Journal of Parapsychology*, 2003 (en français sur le site de l'IMI : *www.metapsychique.org*).

© InterÉditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

PASCH G. (1991). *L'Homme paranormal*, Paris, Robert Laffont.

PIGANI E. (1999). *Psi, enquête sur les phénomènes paranormaux*, Paris, Presses du Châtelet.

PIGANI E. (2002). « Et si nous étions tous télépathes ? », *Psychologies Magazine*, n° 205, février.

PIGANI E. (2003). *Channels*, Paris, Presses du Châtelet.

RADIN D. (2000). *La Conscience invisible*, Paris, Presses du Châtelet.

RADIN D. (2006). *Entangled Minds*, Paraview Pocket Books.

RATTET S.L., BURSIK K. (2001). « Investigating the Personnality Correlates of Paranormal Belief and Precognitive Experience », *Personnality and Individual Differences*.

RHINE J.B. (2008). *Extra-Sensory Perceptions*, Forgotten Books.

RHINE L.E. (1962). « Psychological Processes in ESP Experiences. Part I. Waking Experiences », *Journal of Parapsychology*, vol. 26.

RHINE L.E. (1962). « Psychological Processes in ESP Experiences. Part II. Dreams », *Journal of Parapsychology*, vol. 26.

RHINE L.E. (1978). « The Psi Process in Spontaneous Cases », *Journal of Parapsychology*, vol. 42.

RICHARDS D.G. (1991). « A Study of the Correlation Between Subjective Psychic Experiences and Dissociative Experiences », *Dissociation*, vol. 4.

ROGERS C. (2005). *La Relation d'aide et la psychothérapie*, Paris, ESF Éditeur.

ROGO S.D. (1976). *La Parapsychologie dévoilée*, Paris, Tchou.

ROSS C.A., JOSHI S. (1992). « Paranormal Experiences in the General Population », *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 180.

ROUSSEL D. (1989). « L'enfance des médiums » (entretien avec Erik Pigani), *Psychologies magazine*, n° 70, décembre.

STANFORD R.G. (1975). « Response Factors in Extrasensory Performance », *Journal of Communication*, vol. 25.

SCHMEIDLER G. (1966). « The Influence Attitude on ESP », *International Journal of Neuropsychiatry*.

SCHMEIDLER G. (1988). *Parapsychology and Psychology : Matches and Dismatches*, McFarland.

SELIGMAN M. (2004). *Positive Psychology in Practice*, Wiley.

SHELDRAKE R. (2004). *Le Septième Sens* , Paris, Le Rocher.

SHELDRAKE R. (2006). « Apparent Telepathy Between Babies and Nursing Mothers : A Survey », sur *www.sheldrake.org*.

SI AHMED D. (1990). *Parapsychologie et psychanalyse*, Paris, Dunod, 1990.

SI AHMED D. (2006). *Comment penser le paranormal*, Paris, L'Harmattan.

SPINELLI E. (1977). « The Effects of Chronological Age on GESP Ability », in *Research in Parapsychology 1976*, Paris, Scarecrow Press.

SPINELLI E. (1978). *Human Developpement and Paranormal Cognition*, thèse de doctorat, Universtity of Surrey.

TARG E., SCHLITZ M., IRWIN H.J. (2004). « Psi-related Experiences », in *Varieties of Anomalous Experience : Examining the Scientific Evidence*, American Psychological Association.

TARG R., PUTHOFF H.E. (1974). « Information Transmission under Conditions of Sensory Shelding », *Nature*, vol. 252.

TARG R., HARARY K. (1992). *L'Énergie de l'esprit*, Paris, Flammarion.

TART Ch.T. (1989). *Open Mind, Discriminating Mind : Reflections on Human Possibilities*, Harper & Row.

TART Ch.T. (2001). *Psi : Scientific Studies of the Psychic Realm*, iUniverse.com.

TART Ch.T. (2001). *Learning to Use Extrasensory Perception*, iUniverse.com.

THALBOURNE M.A. (1985). « Are Believers in Psi More Prone to Schizophrenia ? », in *Research In Parapsychology 1984*, Scarecrow Press.

THALBOURNE M.A. (1995). « Further studies of the measurement and correlates of belief in the paranormal », *Journal of the American Society for Psychical Research*, vol. 89.

TOBACYK J. (1982). « Paranormal Belief and Trait Anxiety ». *Psychological Reports*, vol. 51.

ULLMAN M., KRIPPNER S. (1970). « An Experimental Approach to Dream and Telepathy », *American Journal of Psychiatry*.

ULLMAN M., KRIPPNER S., VAUGHAN A. (2002). *Dream Telepathy*, Hampton Roads Publishing Company.

UTTS J. (1995). « An Assessment of the Evidence for Psychic Functioning », *Journal of Parapsychology*, vol. 59.

VAN DE CASTLE R., « Sleep and Dreams », in *Handbook of Parapsychology*, McFarland & Company, 1986 (nouv. éd.).

VARVOGLIS M. (1992). *La Rationalité de l'irrationnel,* Paris, InterEditions.

VARVOGLIS M., ROBIN M.-M. (2002). *Le Sixième Sens*, Paris, Le Chêne.

WARCOLLIER R. (1921). *La Télépathie*, Paris, Librairie Félix Alcan.

WARCOLLIER R. (1937). « L'entraînement télépathique », *Revue métapsychique*, vol. 5.

WARCOLLIER R. (1948). « Contribution à l'étude de l'imagerie mentale », *Revue métapsychique*, vol. 4.

WATSON L. (1979). *Lifetide,* Simon & Schuster.

WATT C. (1990). « The Value of Spontaneous Cases », *Journal of the Society for Psychical Research,* vol. 56.

WATT C. (2005). « Psychological Factors », in *Parapsychology : Research into Exceptional Experiences,* Londres, Routledge.

WATT C. (2005). « Contributions de la parapsychologie à la psychologie », *Journal of Parapsychology*, vol. 69-2. Traduction sur le site *www.metapsychique.org*.

WHITE R.A. (1985). « The Spontaneous, the Imaginal, and Psi : Foundations for a Depht Parapsychology », *Research in Parapsychology 1984,* Scarecrow Press.

WHITE R.A. (1992). « Review of Approaches to the Study of Spontaneous Psi Experiences », *Journal of Scientific Exploration*.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des auteurs VII

Introduction 1

Qu'est-ce que l'INREES ? 2

Création d'un réseau national d'écoute 2

1. Qu'est-ce qu'une « expérience extraordinaire » ? 3

PAUL BERNSTEIN

Qu'incluons-nous dans la catégorie « expérience extraordinaire » ? 4

Expériences examinées dans ce manuel 8

Expérience de mort imminente – EMI , 8 • Expérience de conscience accrue à l'approche de la mort, 8 • Vécu subjectif de contact avec un défunt (VSCD), 8 • Expérience de sortie hors du corps, 9 • Rêve lucide, 9 • Les expériences extra-sensorielles (psi), 9 • Exploration spirituelle induite, 10 • Émergence psycho-spirituelle ou crise d'émergence spirituelle, 10 • Expériences de possession ou de hantise, 11

Quelles réponses thérapeutiques pour les patients qui traversent des expériences extraordinaires ? 11

Écouter sans jugement et sans préconception, 12 • Construire une relation de confiance au sein de laquelle l'expérienceur peut se sentir en sécurité pour exprimer des émotions intenses, 13 • Reconnaître les possibles conflits intérieurs

chez l'expérienceur, mais aussi chez le thérapeute, 14 • Identifier, puis permettre à l'expérienceur de dépasser ses blocages psychiques, 16 • S'ouvrir au potentiel « d'évolution de la personnalité » de l'expérience, 16 • Permettre l'intégration par l'expérienceur dans sa vie quotidienne de sa nouvelle vision du monde , 17 • Offrir éventuellement à l'expérienceur la possibilité de rencontrer d'autres expérienceurs, 18

Bibliographie 19

2. Psychopathologie 23

PAUL BERNSTEIN

Effectuer une évaluation en profondeur 26

Évaluation du rapport de la personne au monde environnant et à son expérience, 27 • Les outils d'évaluation, 31 • Utilisation d'échelles d'évaluation additionnelles, 31

Cas d'expériences extraordinaires avec ou sans psychopathologie 32

Bon sens et expérience professionnelle 34

Bibliographie 38

3. Expérience de mort imminente (EMI) 41

EVELYN ELSAESSER-VALARINO

Définition 42

Contenu et description de l'expérience de mort imminente 44

Fréquence de l'EMI 49

Le profil des expérienceurs 51

Les EMI d'enfants 55

Les EMI d'aveugles 57

Les EMI effrayantes 58

La recherche 60

Historique, 60 • Méthodologie, 63 • Recherches prospectives – Enquêtes néerlandaise et britannique, 63 • Les déclencheurs et type d'EMI, 65 • Perceptions véridiques : à

la recherche de la preuve irréfutable, 67 • Les différentes hypothèses d'interprétation, 71 • État de la recherche, 72

Conséquences 74

Conséquences d'une EMI effrayante, 79 • Conséquences d'une EMI pour les enfants et les adolescents, 80 • Manifestation de capacités extrasensorielles suite à l'EMI, 81 • Manifestation de capacités extrasensorielles suite à une EMI chez l'enfant, 83 • Changements physiologiques, 83 • Conséquence des EMI pour les non expérienceurs, 83

Réponses thérapeutiques 85

Le témoignage, 85 • Comment recevoir le récit ?, 86 • L'ineffabilité, 87 • Réponse thérapeutique adéquate, 87 • L'EMI, une expérience qui bouleverse également l'entourage, 89

Bibliographie 92

4. Conscience accrue à l'approche de la mort 97

EVELYN ELSAESSER-VALARINO

Définition 97

Contenu et description de la conscience accrue à l'approche de la mort 98

La recherche, 100 • Éléments de la conscience accrue à l'approche de la mort, 102 • Conscience accrue à l'approche de la mort et EMI, 115

Conséquences 115

Pathologies liées aux expériences de conscience accrue à l'approche de la mort 118

Réponses thérapeutiques 121

Les infirmiers et infirmières, interlocuteurs privilégiés, 122 • Quels outils, quelles structures ?, 123 • L'attitude des soignants, 124 • Le partage de l'information, 126 • La formation des soignants, 127 • Une source d'inspiration pour les soignants, 127

Bibliographie 128

© InterEditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

5. Vécu subjectif de contact avec un défunt 131
EVELYN ELSAESSER-VALARINO
Définition 132
Contenu et description des vécus subjectifs de contact avec un défunt 132
Multiplicité des vécus subjectifs de contact avec un défunt (VSCD), 136 • Fréquence des VSCD , 137 • Identité des parties impliquées et nature de la relation, 139 • Instant et circonstance de la survenue du vécu subjectif de contact avec un défunt, 140 • Le contenu des messages, 141 • Le profil du récepteur, 142 • Le deuil, 143 • Discussion sur le sens de l'expérience : normalité ou hallucination, 145
Observation des effets de l'expérience 147
Les suites de l'expérience, 147 • L'effet thérapeutique des vécus subjectifs de contact avec un défunt, 149
Pathologies liées au vécu subjectif de contact avec des défunts 153
Accompagnements thérapeutiques 154
Bibliographie 157

6. Expériences de « sortie hors du corps » (EHC) 161
PAUL BERNSTEIN
Définition 161
Contenus de l'expérience 163
Environnements expérimentés lors d'une EHC, 168 • Distinguer une EHC d'autres états, 170
Répercussions de l'EHC 175
Antécédents et théories sur les éventuelles causes de l'EHC 178
Antécédents, 178 • Théories, 190
Psychopathologie 197
La dépersonnalisation, 197 • L'autoscopie, 199 • L'héautoscopie, 199 • Perturbation schizophrénique des limites du corps, 201 • La schizotypie, 202
Les réponses thérapeutiques 203

Bibliographie 205

7. Rêve lucide 211

STEPHEN LABERGE ET JAYNE GACKENBACH
(SUIVI D'UN TEXTE DE CARINE LEMARCHAND)

Définition 212

Phénoménologie 215

Répercussions 219

Marqueurs biologiques 220

Recherche sur les mouvements oculaires rapides (MOR), 221 • Les relations psychophysiologiques durant les rêves lucides, 225

Psychopathologie 228

Aspects cliniques 229

Théories 232

Conclusion 235

Bibliographie 238

Problèmes liés à la pratique du rêve lucide et solutions 244

Les bienfaits thérapeutiques du rêve lucide, 246 • Pour un meilleur équilibre psychologique, 246 • Une utilisation culturelle du rêve lucide, 249 • Bibliographie, 250

8. Expériences extraordinaires et états modifiés de conscience induits par des substances 251

OLIVIER CHAMBON

Définition 252

Contenu et description 253

Effets transpersonnels des psychédéliques et phénomènes extraordinaires, 253 • Contexte, cadres d'utilisation traditionnel et rituel des psychédéliques, 258

Pathologies 264

« Crise chamanique », 264 • Diagnostic différentiel d'avec la psychose, 265

© InterEditions-Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Réponses thérapeutiques 268
Comment faire face à une expérience qui se passe mal ?, 268 • Que faire pour aider une personne qui revient d'un séjour à l'étranger et semble ne pas encore avoir bien intégré son expérience psychédélique ?, 273
Bibliographie 277

9. Les expériences psycho-spirituelles 279
DJOHAR SI AHMED
Qu'est-ce qu'une expérience psycho-spirituelle ? 280
Les variétés de l'expérience psycho-spirituelle 282
Urgence et émergence spirituelle, 282 • Caractéristiques générales des expériences psycho-spirituelles, 286 • Catégories de l'urgence spirituelle, 286
États de conscience, états holotropiques 298
Antécédents et conditions d'émergence 300
L'organisation de la personnalité selon Grof, 302 • La spiritualité en tant qu'aspiration fondamentale, 306 • Éléments déclencheurs, 307
Conséquences des émergences/urgences spirituelles 309
Les éléments d'un diagnostic différentiel 311
Diagnostic différentiel entre l'urgence spirituelle et la psychose (représentation de l'urgence spirituelle en psychiatrie), 311 • Questionnements, 314
Réponses thérapeutiques 316
Propositions d'accompagnement, 316 • L'hypnose éricksonnienne, 317 • Le travail de respiration holotropique (TRH) ou respiration holotropique, 318 • La thérapie verbale, 320 • Illustrations cliniques, 322
Bibliographie 328

10. Expériences de hantise et de possession 331
ISABELLE DE KOCHKO ET DJOHAR SI AHMED
Définition et prévalence 332
Définitions, 332 • Prévalence, ampleur du phénomène, 334

Contenu et description de l'expérience 335
Hantise, 335 • Possession, 336
Quelles sont les suites d'une telle expérience ? 337
Pour le sujet, 337 • Pour le sujet et son entourage, 338 • Pour le sujet et la société, 339
Les différents regards sur la hantise et la possession 340
Dans les sociétés traditionnelles, 340 • La position des trois grandes religions monothéistes, 341 • Les magnétiseurs, 341 • Hantise et possession face au regard médical et psychiatrique, 342 • Approches parapsychologiques, 348 • Approche psychanalytique, 351 • Les théories et pratiques spiritualistes, 352
Réflexions sur les approches thérapeutiques 353
Abords psychothérapiques 357
L'hypnose, 357 • Les magnétiseurs, 357 • La psychothérapie, 357 • L'ethnopsychiatrie, 358 • Thérapie familiale systémique-analytique de la hantise, 359 • La thérapie transpersonnelle, 359 • L'exorcisme religieux, 360
Conclusion 360
Bibliographie 361

11. Les perceptions extra-sensorielles : le psi 367
ERIK PIGANI
Définitions 368
Fréquence et problème de dissonance cognitive, 370
Description 372
La télépathie, 373 • La clairvoyance, 374 • La précognition, 376
Les modèles psychologiques 378
La petite enfance et la répression du psi, 380 • Psychologie du psi, 383 • Le potentiel thérapeutique du psi, 391
Psychopathologie 394
L'approche clinique 395
Bibliographie 400