LA MÉDECINE PSYCHÉDÉLIQUE

Dr Olivier Chambon



les arènes

LA MÉDECINE PSYCHÉDÉLIQUE

Le Pouvoir thérapeutique des hallucinogènes

DR OLIVIER CHAMBON

les arènes

AVERTISSEMENT

Les psychédéliques sont d'usage formellement interdit en France et sévèrement réprimés par la loi. Cet ouvrage n'incite en aucun cas à la consommation de ces produits. Il veut susciter la réflexion sur des bases objectives, scientifiques et dépassionnées, avec toute la progressivité et toute la prudence nécessaires.

INTRODUCTION

> « Si les portes de la perception étaient dégagées, toute chose apparaîtrait à l'homme comme elle est, infinie. »
>
> William BLAKE

Les psychédéliques sont de retour, mais cette fois dans les laboratoires et les hôpitaux, et pour leurs indications thérapeutiques. Dans le monde entier, des scientifiques s'intéressent à ces substances hallucinogènes pour étudier leur action sur certaines pathologies résistant aux traitements psychiatriques, notamment les dépressions chroniques, la dépendance alcoolique, le stress posttraumatique. Dans le monde entier, mais non en France où ces substances sont assimilées à des drogues, ce qu'elles ne sont pas (nous reviendrons sur ce point essentiel). La plupart des soignants ne connaissent pas ces recherches. Parler de LSD, de MDMA (ou ecstasy), d'ayahuasca, d'iboga ou de champignons à psilocybine vous apparente à un dangereux dealer plus qu'à un médecin. Qui sait que la recherche légale sur l'intérêt médical et psychologique des psychédéliques a repris depuis les années 1990 ?

Aux États-Unis, après plus de vingt-cinq années de stagnation, les agences fédérales de contrôle de la recherche (FDA, NIDA) ont approuvé plusieurs études. Leur but ? Examiner les bases physiologiques et les effets des hallucinogènes (ayahuasca, peyotl, psilocybine, ibogaïne, kéta-

mine, DMT, MDMA, LSD) sur le système nerveux central chez l'homme, et avancer dans la mise en œuvre de leur utilisation thérapeutique[1]. Dans d'autres pays occidentaux – en Suisse, en Allemagne, en Russie, au Brésil, en Israël, en Espagne et aux Pays-Bas –, les recherches reprennent progressivement[2]. La France reste un des seuls pays développés qui continue d'ignorer l'intérêt scientifique de ces substances[3], et qui, par ailleurs, possède l'une des lois les plus répressives en matière d'usage.

Le but premier de ce livre est de rassembler une information sérieuse, rigoureuse et dépassionnée sur les psychédéliques afin d'informer le grand public comme les professionnels. Il ne s'agit pas de prôner une révolution culturelle. Mon objectif est de changer le point de vue du public, des médias, des hommes politiques et des législateurs vis-à-vis de ces substances au potentiel thérapeutique extrêmement puissant, qui ont été dévoyées dans leur utilisation, puis stigmatisées et diabolisées, avant d'être pénalisées et totalement interdites.

JE SUIS MÉDECIN PSYCHIATRE depuis vingt années. Mon métier consiste à soulager la souffrance de ceux qui me confient leur équilibre et leur santé psychiques. Depuis toujours, je cherche à mieux comprendre pour mieux écouter et mieux soigner. J'ai été pionnier, en France, dans la mise en place des méthodes de soins comportementales et cognitives pour les patients psychotiques chroniques, puis j'ai introduit le concept de psychothérapies intégratives et éclectiques, et j'ai créé, en collaboration avec le Pr Michel Marie-Cardine, le premier diplôme universitaire de « psychothérapie intégrative » à l'université Claude-Bernard à Lyon. Ensuite, ma pratique en cabinet libéral a stimulé mon intérêt pour les méthodes utilisant les états modifiés de conscience (EMC), comme l'hypnose ericksonienne et

l'EMDR. Enfin, une étude approfondie des autres approches médicales intégrant les EMC m'a fait prendre conscience de l'immense service que pourraient rendre les substances psychédéliques à ma patientèle, et comprendre les conditions historiques et sociales qui les avaient écartées injustement du champ de la médecine.

Pour la rédaction de cet ouvrage, j'ai confronté de nombreux points de vue : ceux des « consommateurs » que j'ai rencontrés, mais aussi ceux de scientifiques, de médecins, de chimistes, ceux de pratiquants de différentes formes de spiritualité. Je me suis également intéressé à la façon dont notre société perçoit ces substances.

Il s'agit du premier livre, en langue française, dont l'auteur est à la fois médecin, psychiatre, et a fait l'expérience des substances psychédéliques dans des pays et des contextes où leur utilisation est légale. Et, croyez-moi, quand un médecin qui n'a jamais testé les PDL en parle, cela se repère tout de suite : ses sources d'informations sont de seconde main ; il ne peut faire mieux que du « copier-coller » à partir d'erreurs publiées dans d'autres ouvrages aux conceptions partielles et partiales.

Des médicaments puissants, non des drogues

Les expériences des années 1950-1970 nous ont appris que l'usage des psychédéliques pouvait ne pas être anodin : une transe en hypervigilance peut favoriser l'émergence de matériel psychique mal contrôlé ou anxiogène. Il arrive que ces produits focalisent l'attention de l'usager sur les parties les plus vulnérables et les plus désagréables de son esprit.

Ils ne devraient donc être consommés que sous la supervision d'un thérapeute qualifié, possédant une connaissance en profondeur des psychédéliques ou PDL (j'utiliserai souvent cette abréviation). Comme tout autre médicament, les PDL ont des indications et des contre-indications, des situations où leur utilisation est utile et d'autres où elle serait malavisée. Comme tout médicament puissant, il existe un index thérapeutique qui a besoin d'être respecté : une dose sûre et une dose dangereuse, une fréquence de prise recommandée, et de nombreuses directives qui doivent être suivies pour en prévenir le mauvais usage. Comme dans le cas de la chimiothérapie du cancer, ou du lithium pour les patients maniaco-dépressifs, ces produits nécessitent d'être administrés prudemment et surveillés. Comme tout outil, ils devraient être utilisés par des gens correctement formés et supervisés. Et, comme tout outil puissant, ils devraient être accompagnés d'un manuel d'instruction. Ce qui serait le sujet d'un autre ouvrage – le jour où ces produits seront reconnus et autorisés médicalement.

D'un point de vue chimique, les psychédéliques classiques sont très peu toxiques chez l'adulte, surtout lorsqu'on les compare aux drogues induisant des dépendances (alcool, héroïne, cocaïne, nicotine) ou même aux médicaments légaux : on peut par exemple se permettre de prendre cent fois la dose psychédélique de LSD sans mettre sa santé en danger, ni créer d'atteintes organiques, alors que l'on serait mort assurément, dans de telles conditions, avec l'aspirine ou un antidépresseur classique[4] ! En fait, la littérature clinique s'accorde à dire que les PDL sont généralement « sûrs et efficaces » quand ils sont utilisés « comme convenu ».

Et, pourtant, les psychédéliques sont prohibés, ce qui non seulement bloque l'accession de ces substances au statut de médicament utile, mais s'avère totalement inefficace contre l'utilisation sauvage, voire en augmente[5] les risques.

Un dicton bien connu des utilisateurs dit ceci : « Ce n'est pas parce que ces substances sont dangereuses qu'elles sont interdites, c'est parce qu'elles sont interdites qu'elles sont dangereuses. » Pourquoi ? Quand une substance est interdite au grand jour, elle se développe souterrainement. Elle devient inaccessible aux chercheurs mais facilement accessible au marché noir. Les gens achètent donc des substances produites illégalement et les utilisent dans un environnement clandestin sans surveillance et sans connaissance réelle des produits. Quand des millions de gens prennent des drogues légales chaque semaine (l'alcool, par exemple), la communauté médicale met naturellement en place des recherches et des programmes d'éducation du grand public. Ce n'est pas vrai pour les médications psychédéliques. De nos jours, si quelqu'un fait une mauvaise expérience (un « bad trip ») sous psychédélique et qu'il cherche de l'aide, il a très peu de chances de tomber sur un professionnel de la santé mentale qui soit formé à bien gérer ce genre de crise ; certaines interventions médicales inappropriées risqueraient même de l'aggraver. En outre, les substances vendues illégalement sont le plus souvent impures (mélangées à d'autres substances ignorées), et leur dosage (quantité réellement présente de la substance) est le plus souvent inconnu.

Tout au long de cet ouvrage, je montrerai, à l'épreuve des faits, pourquoi les psychédéliques ne sont pas des drogues mais des médicaments très puissants nécessitant des précautions. Pris dans de bonnes conditions de sécurité, ils ont une action thérapeutique spécifique sur des pathologies psychologiques ou somatiques résistant aux autres traitements. Ils n'induisent pas de dépendance physique et possèdent un rapport bénéfices/risques supérieur à bien des médicaments actuellement commercialisés.

La médecine psychédélique : histoire d'une première naissance qui a mal tourné

Il existe d'ores et déjà bien assez d'expériences, parfois millénaires, mais aussi de données scientifiques publiées, et de recherches en cours prometteuses, pour oser proposer d'inclure dans la pharmacopée officielle un grand nombre de psychédéliques pour leur contribution au traitement encore trop peu efficace de certaines pathologies physiques et psychiques d'abords difficiles.

En Occident, entre 1947 et 1976, on a assisté à une explosion phénoménale de l'intérêt et de la recherche (à la fois dans et en dehors des laboratoires) sur les psychédéliques et sur leurs applications. Durant cette période, plus de 700 articles de recherche[6] furent publiés dans des revues à comité de lecture, attestant la sécurité et l'efficacité des PDL, et enrichissant la pratique clinique et la méthodologie de recherche[7]. De la fin des années 1940 jusqu'au milieu des années 1960, de très nombreuses publications décrivirent l'évolution de quelque 40000 patients ayant pris part à une thérapie assistée par PDL ou à des essais cliniques, et plusieurs dizaines de livres parurent sur le sujet. Un certain nombre de conférences internationales sur les thérapies par PDL furent tenues.

Deux types différents de psychothérapies assistées par psychédélique (ou PAP) apparurent. L'une d'elles mettait en avant les expériences mystiques et leurs retombées psychologiques (thérapie psychédélique) ; ce type de thérapie était spécialement destiné aux patients alcooliques ou à la réhabilitation de criminels, en utilisant de hautes doses (plus de 200 µg) de LSD. L'autre type de thérapie (psycholytique) explorait l'inconscient en synergie avec la thérapie psychanalytique. Il se focalisait sur le traitement des névroses et des troubles psychosomatiques en utilisant de faibles doses de LSD (100 à 150 µg), ainsi que d'autres PDL[8].

Les psychédéliques furent considérés comme les outils d'exploration de l'esprit humain les plus prometteurs que la psychologie ait jamais connus. Bien des esprits les plus brillants dans leur domaine s'engagèrent avec enthousiasme dans cette nouvelle direction. Notre société moderne, mais aussi notre psychiatrie moderne, n'était cependant pas prête à accepter et à intégrer le changement radical de paradigme, de conception du monde et de la réalité impliquée par l'expérience psychédélique. Dès 1968, la FDA américaine (l'Agence nationale du médicament : Food and Drug Administration) interdisait toute recherche humaine avec les PDL, et en 1970 le CSA (Controlled Substances Act) finissait de prohiber toute forme de consommation des PDL. Une législation identique se répandit dans le monde occidental, principalement par le biais de l'ONU, relais très efficace des lois américaines.

Les praticiens et les chercheurs avaient produit des résultats très prometteurs qui, du fait de la prohibition imposée à partir de 1966 aux États-Unis puis à travers le monde, furent très peu exploités. Des contraintes difficilement franchissables furent également imposées à la recherche dans ce domaine[9], mettant un point d'arrêt à l'étude humaine des PDL.

La recherche reprend

En 1992, la FDA permit la reprise de la recherche sur les PDL avec des sujets humains (Doblin, 1992). Un nouvel âge d'or de la recherche sur les bénéfices thérapeutiques des PDL commença. Il faut souligner le rôle important du Dr Rick Strassman en 1990, qui a obtenu, après un long parcours labyrinthique auprès de l'Administration améri-

caine, l'autorisation d'étudier à nouveau, chez l'homme, les effets physiologiques et psychologiques d'un psychédélique universel[10], la DMT (N, N-5,5-diméthyltryptamine) lors d'injections intraveineuses allant jusqu'à 0,4 mg/kg, donc très fortement psychédéliques[11].

Actuellement, trois associations américaines et trois associations européennes jouent un rôle majeur dans le financement et le soutien de ce renouveau de la recherche : la Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS ; www.maps.org), le Heffter Research Institute (HRI ; www.heffter.org), le Council on Spiritual Practices (www.csp.org), la Fondation Beckley en Angleterre, la Société psychédélique russe, et l'Association suisse pour la thérapie psycholytique (SAePT).

Aujourd'hui, huit domaines principaux de recherche clinique sur l'utilisation des PDL sont en cours de développement :

1. La thérapie assistée par PDL (psilocybine, LSD et MDMA) pour les sujets présentant une anxiété liée à une mort prochaine ;
2. La psilocybine dans le traitement des troubles obsessionnels compulsifs (TOC) ;
3. Le LSD, l'amide de l'acide lysergique (LSA) et la psilocybine dans le traitement des douleurs neuromusculaires de la face ;
4. La psilocybine en tant que catalyseur d'expériences spirituelles ;
5. La psychothérapie assistée par MDMA (ecstasy) chez les sujets atteints de trouble de stress posttraumatique ;
6. La psychothérapie assistée par kétamine et ibogaïne dans le traitement des toxicomanies à l'alcool et aux opiacés (héroïne) ;
7. Des études en sciences fondamentales (biologie, imagerie médicale, etc.) sur divers psychédéliques.
8. Le traitement de certaines dépressions (kétamine).

J'AI ÉCRIT CE LIVRE pour qu'il soit accessible à tous, et j'aimerais que chacun puisse se faire sa propre opinion sur ces substances à la réputation sulfureuse. Il appartient à nous, médecins, et à vous, usagers du système de santé français, de contribuer au changement des mentalités afin que la loi permette l'utilisation thérapeutique des psychédéliques. Il ne s'agit ni plus ni moins que d'introduire dans le *Vidal* (le livre des médicaments dont se servent médecins et pharmaciens) une nouvelle classe de médicaments. Certaines organisations, comme la MAPS[12], luttent déjà pour la reprise légale de la recherche académique, thérapeutique, scientifique et spirituelle avec les PDL.

Puissent aussi les médecins, psychiatres et psychologues, qui souhaitent connaître de nouvelles clefs pour comprendre et traiter le corps et l'esprit, trouver des réponses dans ces pages.

Je suis bien conscient qu'il s'agit là d'un sujet délicat. Pour paraphraser Gordon Wasson, « ceux qui parlent de psychédéliques mais n'en ont jamais pris sont discrédités par leur inexpérience, et ceux qui parlent de psychédéliques parce qu'ils en ont pris sont parfois discrédités à cause de leur expérience ». Certains expliqueront le tabou de ce sujet en France par l'héritage culturel : ne sommes-nous pas le pays de Descartes, la terre de la raison triomphante et d'un certain rationalisme parfois excessif ? Mais ce serait ignorer que la plupart des pensées innovantes de ce grand homme lui sont venues dans des états modifiés de conscience, les fameux rêves dont il fait le récit[13].

Chapitre I

QU'EST-CE QUE LES PSYCHÉDÉLIQUES ?

> « Après avoir achevé la Création, Dieu se demanda où cacher les secrets de l'univers. Le Tout-Puissant réfléchit : devrais-je les cacher au fond de l'océan ? Non, les humains peuvent inventer des sous-marins et ces secrets tomberont dans les mains de gens qui ne les méritent pas. Devrais-je les cacher aux confins de l'univers ? Pas bon non plus ; les humains peuvent développer des vaisseaux spatiaux et les secrets peuvent tomber dans de mauvaises mains. Alors, une idée vint à Dieu : les secrets de l'univers peuvent être cachés à l'intérieur de l'esprit humain, au plus profond de son âme. Ainsi, seuls les valeureux peuvent les trouver. »
>
> Ancien conte, cité par Strassman

Un psychédélique est une substance naturelle ou synthétique, dont la consommation entraîne des changements aux niveaux physique, émotionnel, mental et spirituel. C'est un médicament efficace et puissant n'entraînant pas de dépendance physique. Il peut être employé avec sécurité pour l'organisme et l'esprit, moyennant le respect de précautions d'utilisation bien précises. Un psychédélique n'est pas une drogue.

La définition que je viens de vous proposer doit vous étonner : n'est-elle pas à l'opposé de tout ce que vous avez pu entendre jusqu'alors ? Et, pourtant, elle est rigoureusement exacte : au cours de cet ouvrage, je vous le démontrerai de façon précise en m'appuyant sur de

nombreux travaux de recherche. Pourquoi l'intérêt potentiel de ces substances n'est-il pas officiellement reconnu ? Je tenterai aussi de répondre à cette question en vous proposant plusieurs explications. Ce qui est sûr, c'est que les psychédéliques ont été ignorés et écartés par la majorité des membres de la communauté académique en tant que sujet de recherche de premier ordre, au nom d'un positionnement qui tient plus compte des peurs collectives du corps social que d'une approche rationnelle.

Mais, attention, les psychédéliques ne sont pas des médicaments miracles. Ils impliquent activement le sujet et nécessitent son engagement dans un cadre soigneusement préparé et protégé. Ce qui fait l'originalité des PDL, et constitue certainement la clé de leur impact thérapeutique, c'est l'importance de la participation active du patient. Prendre un PDL, c'est d'emblée se situer à mi-chemin entre la prise d'un médicament et le suivi d'une psychothérapie.

Plusieurs mots, une seule réalité ?

Le mot « psychédélique » est le plus général, celui qui englobe toutes les manifestations produites par les substances du même nom. Mais il existe d'autres termes.

Chacun reflète des conceptions médicales différentes. Les plus anciens (hallucinogène, délirogène, psychotomimétique) correspondaient à une conception pathologique dans laquelle les psychédéliques étaient censés n'induire que des phénomènes mentaux anormaux, proches de la psychose, et n'étaient ainsi étudiés que dans le cadre du laboratoire ou de l'hôpital, sans aucune intention psychothérapeutique. D'autres appellations (psycholytique, psychédélique, enthéogène) s'associent à divers contextes et intentions thé-

rapeutiques, et permettent d'appréhender l'intérêt médical et spirituel de ces substances.

Peut-on parler de stupéfiants ?

Le terme de « stupéfiant » est particulièrement inadapté pour représenter les PDL, et pourtant il sert de base à leur classification dans la catégorie des drogues, en France.

À l'origine, avant la première convention internationale de 1961 sur les stupéfiants, ce terme possédait une définition en pharmacologie où il désignait, par analogie avec leurs effets, *les substances qui stupéfient*, un groupe de produits (essentiellement des opiacés) connus pour inhiber les centres nerveux et pour induire une sédation de la douleur.

Par glissement de sens, il a ensuite désigné depuis les années 1980 tous les psychotropes illégaux ou soumis à réglementation, souvent aussi appelés « drogues ».

Ce qui est totalement inapproprié, puisque, loin de stupéfier, les psychédéliques augmentent au contraire la profondeur de la conscience.

Les hallucinogènes

La désignation d'« hallucinogène » est probablement l'une des plus populaires. Elle met l'accent sur la dimension perceptive de la réponse à ces substances. Un hallucinogène est censé n'induire que des hallucinations, c'est-à-dire des illusions de perceptions, des perceptions imaginaires sans objet réel. Or ce n'est le plus souvent pas le cas des psychédéliques. 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 PDL étaient de simples retombées d'une hyperstimulation du néocortex[1] (des hallucinations selon la conception scientifique), elles ne seraient pas aussi complexes, aussi organisées, aussi structurées, aussi pertinentes et aussi 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 PDL, 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 vous diront avoir ressenti « des modifications de la conscience de soi et une transformation des rapports avec le monde », sans aucune confusion mentale. Pour Jan Kounen[2], 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 ».

« Hallucinogène » est peut-être le mot qui fait le plus peur parce qu'il colporte l'idée que les PDL vous entraînent dans des univers artificiels, de nature délirante, sans possibilité de contrôle de votre 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) de 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).

Si l'on s'en tient à une conception purement psychologique des visions, les images qui surgissent sous les effets des PDL en contexte thérapeutique manifestent symboliquement des contenus psychiques de l'inconscient et pour autant ne manquent pas d'objet, fût-il psychique, ce qui les différencie complètement des « illusions sans objet » que sont par définition les hallucinations[3]. L'exploration de l'inconscient par les PDL permet d'extraire de façon rapide un matériel psychique extrêmement riche et d'une grande cohérence qui pourra ensuite être retravaillé par diverses méthodes de psychothérapie. La vision elle-même signale un début d'intégration à un niveau cortical supérieur, comme c'est le cas pour le rêve.

À un autre niveau, si l'on évoque l'aspect spirituel, le terme « hallucinogène » est équivoque pour les chamanes, puisque, selon eux, c'est notre réalité quotidienne, ou ordinaire, qui est la véritable illusion ou hallucination. On pourrait faire un parallèle avec le choix proposé au héros du film *Matrix* : prendre une pilule bleue (notre sérotonine habituelle, cette substance psychotrope dans laquelle baigne naturellement notre cerveau, qu'on peut alors qualifier d'hallucinogène du quotidien) et rester dans le monde engendré par la « Matrice », ou bien prendre une pilule rouge (une substance psychédélique), et voir l'envers du décor, une réalité cachée et cependant plus vraie que la précédente. Les PDL sont alors considérés comme des outils pour percevoir d'autres réalités, bien plus réelles que la réalité ordinaire pour ceux qui les vivent. Ces « autres mondes » (pour reprendre le titre d'un film de Jan Kounen) correspondent à des champs d'énergie possédant d'autres fréquences de vibration que celles de notre monde ordinaire, voire des univers parallèles ou de la matière noire, comme le postule le Dr Rick Strassman (2005) en se basant sur les découvertes de la physique quantique.

Notre cerveau est un processeur de données qui nous

permet d'halluciner de façon stable la réalité sous-jacente. Il absorbe des données par l'intermédiaire de récepteurs appelés « sens ». S'il n'hallucinait pas, s'il voyait vraiment la réalité, il percevrait uniquement des champs d'énergie en mouvement, beaucoup de vide et très peu de matière (ce que décrit la physique quantique). Mais, en fait, il interprète en permanence cette énergie en formation (la matière) selon ses données antérieures sur le sujet, et l'« hallucine » sous une forme déjà connue. Il ne nous dit que ce qu'il perçoit, et non pas ce qui est vraiment. En se fondant sur ces perceptions, nous « croyons savoir la vérité » sur une chose, alors que nous n'en connaissons pas la moitié. En réalité, nous créons la vérité que nous connaissons. La conscience assemble et synthétise la réalité de façon à nous faire évoluer dans cette réalité. Cette construction cognitive de la réalité nous est propre et ne constitue pas la réalité en soi mais une manière de s'y adapter.

Les visions psychédéliques ont des qualités identiques à celles de nos perceptions ordinaires. Ainsi, elles peuvent être vécues comme des réalités par : leur clarté et leur intensité, la puissance de l'expérience qu'elles dégagent, le jugement que ce qui est vu surpasse tout ce que l'on aurait pu imaginer de son propre chef, l'intuition que ce qui est vu possède une existence indépendante, et les sentiments noétiques (de connaissance) associés à l'expérience. Comme Descartes le remarquait, ce n'est pas simple du tout de prouver que ce que nous voyons habituellement provient de la perception vraie d'un monde réel indépendant, et non pas des divagations de notre imagination.

La qualification d'hallucination est en fait totalement dépendante du jugement d'un observateur extérieur qui, parce qu'il ne voit pas dans la réalité ordinaire ce que le sujet sous PDL est en train de voir, qualifie ces phénomènes d'illusoires, d'irréels ou d'hallucinatoires ; en fait, cela peut s'interpréter différemment, et les visions peuvent notamment

résulter du fait que de nouveaux canaux de perceptions (ou d'anciens qui avaient été obturés) soient devenus disponibles grâce à la substance. Dire que ces visions sont des hallucinations, c'est un peu comme si un non-voyant qualifiait un voyant d'« halluciné » parce que ce dernier est capable de voir ce que lui ne voit pas. Il peut arriver que plusieurs personnes aient la même vision lors d'une séance collective, ou qu'un sujet puisse « voir » des choses qui se sont réellement déroulées, mais dont il n'avait pas connaissance : dans ce contexte, on ne peut prétendre que les visions ne viennent que de fantasmes personnels sans support réel. Un utilisateur dit à propos de ses visions[4] :

> « C'est une réalité constante, indépendante. Vous pouvez choisir d'y porter ou non votre attention. Elle va continuer à évoluer même sans votre attention. Et quand vous vous y intéressez à nouveau, vous n'allez pas la retrouver comme elle était quand vous êtes partis, mais comme les choses se sont déroulées depuis votre départ. Ce n'est pas une hallucination, mais une observation. »

Les psychédéliques nous confrontent donc à un questionnement fondamental : y a-t-il une seule réalité ou plusieurs, à des niveaux de perception différents ? Est-elle indépendante de nous ou construite par nous ?

De quelle nature sont les phénomènes que le sujet est ainsi devenu capable d'observer ? Il existe donc, pour résumer, deux possibilités non exclusives l'une de l'autre : soit les PDL augmentent la disponibilité du matériel psychique contenu dans l'inconscient du sujet, soit les PDL permettent la perception de mondes invisibles parallèles, qui existent indépendamment de l'expérimentateur. En fait, on peut avancer qu'une dose faible de PDL (« psycholytique ») met au jour l'inconscient du sujet et qu'une dose psychédélique forte révèle son « extra-conscient », c'est-à-dire du matériel

(connaissances, mondes invisibles, entités) qui ne provient pas du psychisme inconscient du sujet, mais réside à l'extérieur de lui. Cette existence d'une réalité indépendante du sujet, de ses conditionnements, de ses fantasmes et de son inconscient, est suggérée par la constatation que le type de visions peut être indépendant des attentes spécifiques ou du milieu culturel du consommateur. Ainsi, deux études ont décrit les réactions subjectives de deux populations distinctes ayant consommé l'ayahuasca[5]. La première (Harner) est constituée d'Indiens de la forêt tropicale sud-américaine, et la seconde (Naranjo), de Chiliens blancs en milieu urbain. Ces derniers ne connaissaient ni l'origine de la substance qui leur était administrée ni sa relation avec les Indiens d'Amazonie, et ils ne pouvaient en anticiper les effets. Ils ont cependant rapporté des expériences qui reprennent certains thèmes bien connus de l'expérience chamanique, dont la sensation d'une âme séparée ou distincte du corps, le vol, la métamorphose en mammifère, oiseau ou poisson et la possession par l'esprit. En outre, ces Chiliens citadins blancs ont souvent décrit deux sortes de visions spécifiques des Indiens de la forêt tropicale : celles de reptiles et de grands félins. Dans le cas des Indiens, les félins étaient toujours des jaguars ; parmi les Chiliens, il s'agissait de tigres, de léopards et/ou de jaguars.

Pour certains spécialistes comme Metzner (2006), le terme d'hallucinogène devrait être réhabilité, à condition d'en comprendre différemment le sens : en effet, « hallucination » provient du latin *hallucinor*, qui veut dire « se promener dans l'esprit », soit un voyage en état modifié de conscience. Metzner dit ainsi qu'il « préfère utiliser le terme hallucinogène lorsqu'il est traduit comme "induisant des voyages dans l'esprit" ».

Psychédéliques, l'appellation la plus juste

En 1957, le Dr Humphrey Osmond cherchait un nom pour désigner les substances psychoactives qui permettent l'enrichissement de l'esprit et l'élargissement de la vision. Il voulait éviter l'association, automatique à l'époque, entre les effets psychologiques du LSD et les symptômes de psychose expérimentale. Pour échapper au terme d'hallucinogène, réducteur à la psychose, et suite à une correspondance épistolaire stimulante avec l'écrivain Aldous Huxley, il créa donc le terme « psychédélique » qui signifie, étymologiquement, « permettant la manifestation de l'esprit » ou bien aussi « rendant l'âme plus visible ou plus nette ». Ainsi étaient déjà présents, au cœur du terme lui-même, les deux aspects, thérapeutique et spirituel. Le psychiatre Timothy Leary et l'équipe de Harvard popularisèrent ce terme dans les années 1960.

Humphey Osmond comprit que la mescaline et le LSD (les PDL qu'il avait expérimentés à l'époque) provoquent des états psychiques ressemblant plus à l'état visionnaire relaté par les grands mystiques qu'à une pathologie. Pour ce pionnier, cette thérapie visait l'atteinte d'un état mystique de conversion spirituelle. Voici comment, dans son article princeps de 1957, il présente la création du néologisme :

> « Pour ma part, mes expériences avec ces substances ont été des plus étranges, inspirant la crainte et pourtant parmi les plus belles choses de la vie. Elles ne représentent pas une fuite de la réalité, mais un élargissement ou une éclosion de cette réalité (...). Si la principale caractéristique de ces agents était de simuler la maladie mentale, alors "psychotomimétique" aurait vraiment été le terme générique approprié. C'est vrai qu'ils le font, mais ils font beaucoup plus (...). J'ai essayé de trouver un nom approprié pour ces agents dont je discute ici, un nom qui inclurait les concepts d'enrichissement de l'esprit

> et d'élargissement de la vision. Quelques possibilités sont : psychéphoriques, mouvement de l'esprit ; psychéhormique, qui éveille l'esprit ; et psychéplastique, qui moule l'esprit. Psychézymique, fermentation de l'esprit, vraiment approprié. Psychérhexique, éclatement de l'esprit, assez difficile, mais mémorable. Psychélytique, relâchement de l'esprit, c'est satisfaisant. Mon choix s'est arrêté sur le terme "psychédélique", manifestation de l'esprit puisqu'il est euphonique, clair et non contaminé par d'autres associations. »

Le terme de « psychédélique » reflète un désaccord philosophique profond avec celui d'« hallucinogène ». Il signifie rendre l'esprit plus pleinement conscient de lui-même, de ses contenus et de ses processus. Par définition, un psychédélique ouvre l'esprit, et nettoie les portes de la perception.

Un psychédélique révèle des niveaux plus profonds et plus fondamentaux de la perception, et mène à la lumière de la conscience des choses qui étaient auparavant inconnues, non perçues, secrètes et cachées.

Les récepteurs de notre cerveau (les organes des sens) ne sont capables de capter qu'une infime partie des messages envoyés par le monde extérieur ; on ne peut pas dire que, dans l'état de conscience ordinaire, on perçoit le monde objectivement, tel qu'il est réellement. Un PDL permet d'étendre la partie visible du monde un peu comme l'ajout d'une nouvelle antenne sur un toit permettrait de capter d'autres programmes.

En tant qu'adjectif, « psychédélique » contient aussi un autre sens, par opposition à celui de « psycholytique ». Il signifie que le sujet ingère des doses fortes, dites « psychédéliques », permettant alors une ouverture plus profonde du psychisme qu'à des doses faibles, dites « psycholytiques ». Ces doses fortes permettent d'accéder à des informations au-delà de la simple biographie

personnelle, au-delà de l'inconscient freudien ou non freudien, avec, notamment, l'apparition de souvenirs de la naissance, ou l'induction d'expériences mystiques ou transpersonnelles (Grof). Une expérience complètement différente, d'une autre réalité, peut survenir, au cours de laquelle le sujet peut se sentir transporté dans un autre temps ou espace, une autre dimension, ou un autre niveau d'existence, qui peuvent lui sembler complètement réels. C'est cette expérience qui apparaît avoir les effets les plus profonds et les plus durables chez l'utilisateur. Il s'agit de déclencher, par l'effet de choc du PDL, une expérience mystico-religieuse. Celle-ci doit servir, dans le cadre du traitement psychothérapeutique associé, de point de départ pour une restructuration et un rétablissement de la personnalité du patient.

Pour Osmond, le terme « psychédélique » n'était pas contaminé par d'autres associations sémantiques ! La pop-culture des années 1960 psychédéliques a bien entendu changé cet état de fait et lourdement chargé le terme de significations culturelles et politiques ; au point qu'il semblerait incongru, de nos jours, de dire d'un chamane qu'il prend des drogues psychédéliques. Pour désigner les substances modifiant l'esprit, sans risque d'addiction, et approchées avec respect et révérence, il fut alors proposé un nouveau terme : « enthéogène ».

Enthéogènes : quand on insiste sur la dimension spirituelle

Une des principales utilisations des PDL a trait à la spiritualité. La consommation de la substance est alors vécue comme un sacrement, un rituel sacré. Ce n'est pas pour rien que les plantes psychoactives ont été appelées « les plantes des dieux[6] ». Un enthéogène est une substance qui engendre

(-gen) Dieu ou l'Esprit (-théo) à l'intérieur de soi (-en). Ce terme a été lancé en 1979 par Ruck pour évoquer « la libération ou l'expression d'un sentiment divin à l'intérieur de soi ». Ce terme est encore relativement inconnu, en dehors de milieux très spécialisés. Il souligne l'objectif de croissance et de développement spirituel poursuivi par les consommateurs. Il met en avant le caractère sacré et la place très particulière qu'ont tenue ces substances pour les peuples qui les ont utilisées depuis des millénaires. Les enthéogènes ont ainsi un rôle fondateur reconnu dans d'innombrables traditions religieuses et spirituelles.

La notion de « dieu » (théo) doit être ici prise dans un sens très large, indiquant une réalité spirituelle plus profonde, qui repose sous, à l'intérieur et autour de la réalité de nos perceptions quotidiennes. Il peut aussi représenter le dieu particulier ou les dieux de n'importe laquelle des traditions indigènes qui puisse être associée à une plante ou à un champignon.

Dans les milieux utilisant ces substances, le terme enthéogène est devenu plus populaire que celui de psychédélique, et cette tendance va probablement s'accentuer. En revanche, en tant que médecin cherchant avant tout de nouveaux médicaments pour mes patients, ce terme me paraît trop spécialisé, mettant uniquement en avant la dimension authentiquement spirituelle de ces substances. De plus, il pourrait laisser accroire qu'il suffit d'en consommer pour vivre à tous les coups une expérience mystique alors que bien souvent l'existence ou la portée de celle-ci, quand elle survient sous PDL, dépend grandement du niveau préexistant de préparation et de développement spirituel du consommateur.

Les empathogènes-entactogènes

Il s'agit d'une appellation conçue pour désigner une sous-famille de substances psychédéliques, qui possèdent des propriétés particulières et appartiennent au groupe des phénéthylamines méthoxylées, substances ayant des structures chimiques proches à la fois des amphétamines et des psychédéliques du type mescaline. Un « entactogène » (littéralement : « qui touche à l'intérieur ») est une substance provoquant un fort sentiment de connexion avec soi-même, l'entourage et le milieu ambiant. Ce terme a été créé par Nichols en 1986, et on l'utilise de manière interchangeable avec le terme « empathogène » (« qui provoque l'empathie »), créé quelques années plus tôt (1983) par Metzner. Les empathogènes-entactogènes facilitent un processus d'ouverture et de partage chez l'individu, vis-à-vis de ses émotions ou de ses souvenirs perturbants par exemple. Ils donnent aussi le sentiment d'être plus proche des autres et de mieux les comprendre.

Le membre le plus remarquable de cette catégorie est la MDMA (plus connue sous le nom d'ecstasy). Il est possible pour une substance d'être à la fois entactogène et (à plus fortes doses) psychédélique (ex. : le 2-CB ou la MDA).

Mais même les PDL classiques (LSD, psilocybine, etc.) peuvent provoquer des expériences d'empathie et, à ce titre, être qualifiés d'empathogènes. Ainsi, le témoignage de cette consommatrice expérimentée[7] :

> « Je suis capable d'avoir accès à une partie en moi qui se sent intensément connectée au reste de la création. J'ai l'impression d'y être contactée par une information qui ne m'est pas disponible quand je suis dans un état ordinaire de conscience. Je m'y sens aimée, et reconnue, et validée, et appréciée. Vous pourriez appeler cela un effet empathogène. »

Les psychotomimétiques, première appellation des PDL

Ce terme fut le premier à apparaître, peu de temps après la découverte fortuite des effets psychologiques du LSD en 1943. Les scientifiques de l'époque (fin des années 1940, début des années 1950), pour qui les états modifiés de conscience ne pouvaient être envisagés que sous un angle pathologique, pensaient tenir là une substance qui pouvait simuler la psychose, d'où l'appellation « psychotomimétique », littéralement « qui mime la psychose ». L'espoir était de comprendre les bases biologiques de la schizophrénie, de trouver un équivalent de LSD qui soit présent naturellement dans le cerveau des patients psychotiques, pour développer de nouveaux médicaments efficaces contre cette maladie. Cet espoir fut assez vite déçu, du fait des différences essentielles entre l'expérience du LSD et celle de la psychose.

Il ne faut pas confondre psychose et psychotomimétisme : les notes d'échelles de mesure des symptômes de psychose peuvent en effet être élevées lors d'une prise de PDL, sans que cela signifie que le sujet soit en train de devenir 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.

Il existe de grandes différences entre les psychoses et les expériences modifiées de conscience sous PDL : les professionnels de la santé mentale, manquant de connaissances et d'expérience en ce domaine, ont tendance à les confondre. Les choses doivent être replacées dans leur contexte ; 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 sent maître de l'expérience ou qu'il en devient le jouet, cela peut faire toute la différence. Le malade psychotique est ballotté chaotiquement par l'expérience ; effrayé, il

est enclin à combattre et à lutter ; ses efforts vont se révéler futiles et entraîner encore plus de peur. Au contraire, la personne saine reste maîtresse de cet état d'être. Tout en faisant l'expérience de modifications radicales de la conscience, elle apprécie les nouvelles expériences qui se présentent à elle, et, tout en ressentant crainte et étonnement, va continuer à les explorer et même à s'en réjouir. 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[8]. Un utilisateur expérimenté de PDL peut être considéré comme un navigateur compétent ou un « co-équipier » de la substance[9].

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)[10].

À la différence de la psychose, l'expérience psychédélique peut être structurée et pleine de sens. Quand le sujet en dépasse les aspects difficiles, l'expérience peut être gratifiante, inspirante et plaisante. Avec très peu d'exceptions, à la fin des séances de PDL (quand elles sont encadrées, bien sûr), les gens se sentent vraiment mieux, en meilleure forme physique, plus heureux, enrichis intérieurement et dans un état de plénitude. Rien de cela ne peut être dit à propos de la psychose !

Les délirogènes

Ici, « délirogène » est à prendre au double sens d'inducteur de délire et/ou de delirium. Le *delirium* est un état de confusion aiguë, dans lequel la pensée est désorganisée et incohérente, la concentration et la mémoire sont très perturbées, et le sujet perd son orientation dans le temps et l'espace. Le terme « délire », quant à lui, désigne le développement, chez un individu, d'une construction intellectuelle inébranlable à laquelle le patient adhère et qui n'existe que dans le psychisme du délirant, alors que la personne concernée par le délire a conservé par ailleurs son intégrité intellectuelle. Cette construction intellectuelle apparaît, pour l'entourage, irréelle. Le délire induit invariablement des difficultés relationnelles importantes et des conséquences sociales néfastes. Aucun délirant ne s'est jamais regroupé avec d'autres pour échanger tranquillement, et avec distance, sur ses expériences (première grosse différence avec l'expérience psychédélique).

Les effets des PDL ne sont pas assimilables au délire. Alors que, chez le sujet schizophrène ou délirant chronique, les processus de clivage psychique et de projection produisent une néo-réalité hallucinatoire (particulièrement accoustico-verbale) et délirante (imaginaire), générée par l'inconscient, les productions psychiques liées aux PDL semblent procéder d'un mécanisme différent. Elles sont beaucoup plus proches des états modifiés de conscience ou EMC (le concept d'*Altered States of Consciousness*, ASC, des Anglo-Saxons), ou états étranges de la conscience [11] d'origine spontanée ou qui se produisent sous l'effet d'une pratique spécifique. Ici, contrairement au délirant, le sujet sait qu'il est en train de vivre quelque chose de différent et d'extraordinaire, gardant toujours, en parallèle, au moins une partie de sa conscience de la réalité ordinaire, et, une fois l'expérience finie, il n'adhère pas totalement et rigidement

aux autres réalités qu'il lui a été donné d'expérimenter.

Ces états étranges de la conscience sont « des expériences de courte durée, qui comportent une modification de la conscience de soi et une transformation des rapports avec le monde » (Valla, 1992). Ce type d'état regroupe des expériences humaines très polymorphes. Dans leur définition, on peut retenir la notion de perte de conscience des limites extérieures de soi, associée à une manière inconnue d'appréhender un environnement inconnu, qui correspond aux concepts psychopathologiques de dépersonnalisation et de déréalisation, sans qu'il soit possible d'en référer, chaque fois, à la pathologie [12]. Charles Tart, dans les années 1960, partant des travaux sur le rêve et l'hypnose, définissait les états altérés de conscience comme le vécu d'un changement qualitatif dans le fonctionnement mental : il ne s'agit pas de plus ou de moins (quantitatif), mais d'une différence qualitative, nettement éprouvée. Il existe de nombreuses expériences entraînant des EMC sans utilisation de PDL : hypnose, méditation, transes, pratiques chamaniques sans substances, isolation sensorielle, sorties hors du corps (OBE). Lemaire et Ziskind (1988) ont décrit les modifications de la conscience survenant lors de l'utilisation de caissons d'isolation sensorielle. Les OBE (*Out of Body Experience*) consistent en un état altéré de conscience dans lequel le sujet sent que son esprit ou sa conscience de soi est séparé de son corps physique, et au cours duquel l'expérience lui paraît réelle et différente du rêve. On peut les rapprocher du voyage astral des traditions orientales. Ce type d'expérience n'est pas en corrélation obligatoire avec une pratique religieuse ; ces phénomènes peuvent être aussi liés à l'immersion sensorielle artistique (musique, méditation contemplative…) ou à un facteur de stress (effroi, annonce d'un décès, expérience de mort imminente…).

Des phénomènes semblables ont été décrits de tout temps par les théologiens et les mystiques, les médecins, les

ethnologues, les créateurs et les artistes, les philosophes[13]. On peut se référer au grand ouvrage de Mircea Eliade (1961) sur les techniques de l'extase, ainsi qu'au texte de George Lapassade (1987) sur « Les états modifiés de la conscience ». Toujours est-il que la description de ces états ressemble souvent à la description sémiologique des expériences psychédéliques.

Le consommateur ne confond pas ses visions avec ce qu'il continue à voir en même temps dans la réalité physique ordinaire. Cependant, cela ne rend pas pour autant l'expérience moins puissante : le sujet confère vraiment une réalité à ses visions, mais il les conçoit comme appartenant à une réalité séparée qu'il ne pourrait appréhender sans le PDL.

Quant aux rapports avec le *delirium*, les PDL sont des composés chimiques qui, à des doses non toxiques, entraînent rarement de la confusion mentale, des troubles de la mémoire ou une désorientation à l'égard des personnes, de l'espace et du temps (Hoffer et Osmond, 1967). Seule exception, les glycolates naturels (atropine, scopolamine, hyosciamine, contenus dans le datura ou d'autres plantes comme la jusquiame, la mandragore, et la belladone) et synthétiques (trihexyphénidyl)[14], qui induisent une confusion mentale importante, avec perte massive du rapport à la réalité, désorientation spatio-temporelle et troubles mnésiques. Cette classe de PDL est d'un maniement délicat et réellement dangereux pour le non-initié ; ils n'ont d'ailleurs pas fait l'objet d'étude d'utilité et d'efficacité en clinique. Nous n'en parlerons donc pas plus dans cet ouvrage.

Les psycholytiques

Sandison introduisit le terme « psycholytique » (c'est-à-dire relâchement ou ouverture de l'esprit) en 1960 pour désigner l'utilisation du LSD, de la mescaline et de la

psilocybine comme adjuvants d'une psychothérapie déjà en cours. L'idée est qu'à travers l'utilisation répétée de doses faibles ou moyennes de la substance l'assouplissement des défenses mentales permet au patient de devenir plus intensément conscient de sa dynamique émotionnelle auparavant inconsciente et de ses patterns de comportements probablement acquis lors de la petite enfance ; une telle prise de conscience amplifie les effets de la psychothérapie et amène à la résolution des conflits intérieurs. Ici, le sujet est juste censé faire l'expérience d'un contact plus large et plus profond avec les productions de son propre inconscient, mais non avec des réalités non visibles, extérieures à lui. En cours de séance, il réélabore un matériel psychique refoulé et des structures irréelles, des faux concepts, idées et attitudes, qui ont été accumulés tout au long de sa vie. Il y a donc une sorte de nettoyage psychologique qui semble accompagner l'imagerie subjective. Hofmann (2003) parle d'un affaiblissement, voire une rupture de la barrière Moi-Toi. Ces deux éléments aident les patients noyés dans un réseau de problèmes relatifs au Moi à échapper à leur fixation et à leur isolement, ce qui leur permet d'établir une meilleure relation au médecin et, par suite, d'être plus réceptifs à une influence psychothérapeutique. Le sujet devient plus disponible.

C'est une approche tout à fait compatible avec la conception psychanalytique du traitement, et les psychanalystes européens furent les principaux psychothérapeutes à explorer cette voie. À l'inverse, l'approche psychédélique trouva son essor essentiellement aux États-Unis.

Comment classer les psychédéliques ?

Presque tous les psychédéliques actuellement connus sont des alcaloïdes qui appartiennent à deux familles chimiques : les phénéthylamines (qui incluent notamment la mescaline, la MDMA ou ecstasy) et les tryptamines (qui incluent la DMT, la psilocybine, le LSD, l'ibogaïne et d'autres). Seules exceptions notables, la kétamine (arylcyclohexylamine), la sauge divinatoire (diterpène), ainsi que les plantes atropiniques, comme le datura par exemple (glycolates)[15].

Les tryptamines peuvent être subdivisées en trois classes :

– les indolalkylamines simples, comme la DMT et la psilocybine ;

– les indolalkylamines complexes, comme l'ibogaïne, l'harmine et l'harmaline ;

– les ergolines, comme le LSD.

Les phénéthylamines et les tryptamines agissent principalement sur le circuit cérébral de la sérotonine (et plus précisément le récepteur 5-HT2A à la sérotonine). Les phénéthylamines agissent en outre à travers la dopamine et la noradrénaline, neurotransmetteurs principalement responsables d'effets stimulants. Cela explique probablement les propriétés plus stimulantes et plus énergétisantes des phénéthylamines, comparées au tryptamines. On peut s'en apercevoir extérieurement en comparant le rythme extrêmement rapide, presque percutant, des chants associés typiquement au peyotl (mescaline), par rapport aux chants plus calmes, plus suaves et plus mélodiques accompagnant les rituels des *ayahuasqueros* lors de cérémonies d'ayahuasca, et des *curanderos* (guérisseurs) utilisant les champignons à psilocybine.

Il existe bien entendu encore bien d'autres substances psychédéliques. Il s'en crée de nouvelles chaque année. Hautefeuille (2002) les classe dans ce qu'il appelle la

Planète Shulgin, du nom de *la* référence mondiale en la matière : Alexander Shulgin. Celui-ci a publié, avec sa femme, Anna, deux sommes de connaissance, l'une concernant les phénéthylamines : PiHKAL (*Phenethylamines I Have Known and Loved* = les Phénéthylamines que j'ai connues et aimées) (1991) et l'autre pour les tryptamines : TiHKAL (*Tryptamines I Have Known and Loved*) (1997). En les lisant vous pourrez tout connaître sur la chimie de ces substances, l'histoire de leur conception, ainsi que leurs propriétés psychotropes. Semblent particulièrement intéressantes, pour leurs applications thérapeutiques ou spirituelles : la MDA, le 2-CB, le DPT (déjà testé positivement comme traitement des addictions à l'alcool), le STP, ou DOM, et le DOB. Peut-être en entendrez-vous parler dans un avenir proche ou lointain, aussi tenais-je à les citer ici.

Drogues et psychédéliques n'appartiennent pas au même monde

Le Pr Albert Hofmann, peu de temps avant sa mort, dans sa préface de l'édition 2008 du livre de Grof *LSD Psychotherapy*, insistait sur l'importance de bien distinguer les PDL des drogues :

> « Le LSD et la psilocybine ne sont pas des drogues au sens usuel du terme, mais font partie des substances sacrées, qui ont été utilisées pendant des milliers d'années dans des cadres rituels. Les psychédéliques classiques comme le LSD, la psilocybine et la mescaline sont caractérisés par le fait qu'ils ne sont ni toxiques ni source d'addiction. C'est ma préoccupation majeure de séparer les psychédéliques du débat actuel sur les drogues, et de souligner le potentiel énorme

de ces substances pour la connaissance et la conscience de soi, comme ajout à la psychothérapie, et pour la recherche fondamentale sur l'esprit humain. »

Les substances psychédéliques n'induisent pas de dépendance physique [16] et sont même employées, avec efficacité, pour le sevrage des patients héroïnomanes ou alcooliques (nous l'illustrerons abondamment plus loin). À ce titre, elles ne doivent pas être appelées « drogues », même si, à l'origine, le terme « drogue » signifiait tout simplement « médicament ». Un jour, alors qu'un journaliste faisait référence au peyotl (cactus contenant de la mescaline) comme à une drogue, un chamane indien Huichol répondit : « L'aspirine est une drogue, le peyotl est sacré. »

Que des substances psychoactives permettent de traiter des drogués représente encore un paradoxe ou une impossibilité, même pour des spécialistes de la question, qui parlent alors, ironiquement, de drogues antidrogue. Et pourtant les faits sont là.

Prenons l'exemple de groupes ethniques fortement affectés par des substances comme l'alcool, qui représente pour eux le type même du produit d'importation désinséré de son contexte, donc à fort potentiel toxicomaniaque. On voit alors les guérisseurs de la côte péruvienne traiter leurs alcooliques au moyen de l'usage rituel du cactus à mescaline, avec un taux élevé de succès (environ 60 % avec cinq ans de recul) [17]. Les Indiens nord-américains réduisent considérablement l'incidence de l'alcoolisme dans leurs réserves en redonnant vie à leurs pratiques ancestrales qui incluent l'usage ritualisé du peyotl et du tabac [18].

Dans notre société occidentale, dans les années 1960-1970, existaient déjà deux grandes tendances : d'une part, l'expérience des substances psychédéliques visant l'expansion de la conscience (psychologie transpersonnelle) et le culte de la joie, de la communication et de la

liberté (culture psychédélique) ; d'autre part, l'expérience de la drogue (par excellence, l'héroïne), comme tentative de mise à distance de la réalité, valeur refuge contre l'hostilité de ce monde, conduisant à une perte du sens des choses plutôt qu'à une quête. Les recherches effectuées sur les PDL au cours de ces années-là révélèrent le caractère prometteur de ces substances pour traiter des conditions psychiatriques très difficiles, dont l'alcoolisme et la toxicomanie [19]. Les recherches actuelles, avec l'iboga, l'ayahuasca et la kétamine, notamment, montrent à nouveau le grand potentiel antitoxicomaniaque des PDL.

Penchons-nous donc sur ce qui différencie essentiellement une drogue d'un médicament psychédélique.

Les *drogues* elles-mêmes peuvent être classées en deux familles :

(1) celle des substances qui accélèrent ou amplifient certaines fonctions psychobiologiques normales (comme l'attention, la rapidité de pensée, l'éveil, etc.) ; ce sont les « speeds » ou « stimulants », comme la caféine, la cocaïne, la nicotine, les amphétamines ;

(2) celle des substances qui modifient dans un sens opposé les mêmes fonctions psychobiologiques, en les ralentissant ou en les réduisant ; ce sont les « sédatifs », les « calmants », comme les opiacés (dont fait partie l'héroïne), les benzodiazépines (exemple : Valium) et l'alcool.

Les *psychédéliques* font partie d'une troisième famille de substances : celle qui modifie la *qualité* de la conscience plutôt que de produire une accentuation ou une réduction des processus mentaux comme dans le cas des deux familles précédentes. Ces substances ont la particularité de révéler au sujet qui les consomme une perspective radicalement différente sur les contenus et les processus de son esprit.

L'effet des psychédéliques est très variable, même pour une dose identique donnée à la même personne à différents moments. La nature de l'effet obtenu est autant liée au

contexte psychologique et environnemental, présent lors de la prise, qu'à la dose de la substance. Par contraste, les produits appartenant aux deux premières familles (les drogues) produisent des effets semblables chez différentes personnes ou chez une même personne à différents moments[20].

Le tableau suivant indique une ligne de démarcation précise entre les drogues (alcool, nicotine, cocaïne, amphétamines, héroïne) et les psychédéliques.

Tableau I

Drogues	Substances psychédéliques
Dépendance physique importante	Pratiquement pas de dépendance physique. Utilisées avec efficacité démontrée dans le traitement des dépendances aux autres drogues
Utilisation récréative	Utilisation avec une intention spirituelle ou thérapeutique, ces substances faisant aussi contacter des côtés difficiles de l'inconscient, ce qui les rend naturellement peu attractives pour un usage festif
Fuite de la réalité	Perceptions plus aiguës des réalités externes et internes. Prise en compte de dimensions cachées de la réalité et d'autres réalités inaccessibles aux états de conscience ordinaires
Danger pour soi, au niveau physique, émotionnel, psychologique ou spirituel	Utilité thérapeutique au niveau psychologique et physique. Quasi-innocuité pris dans des conditions de bon encadrement
Danger pour autrui ou pour la société	Souvent amènent l'individu à s'engager de manière utile et empathique vis-à-vis des membres de la société, avec une plus grande conscience écologique
Pas de recherche en montrant l'utilité	Nombreuses recherches scientifiques en montrant l'utilité

Effets négatifs sur la société. Souvent associées à des réseaux mafieux (ex. : cocaïne) ou soutenues par des groupes de pression (ex. : alcool)	À l'origine de la structure philosophique et religieuse de nombre de civilisations et sociétés anciennes
Aucun enseignement véritable ni aucune compréhension profonde tirés de la consommation	Enseignement spirituel profond procuré par la substance elle-même, révélations essentielles concernant l'individu ou l'univers, modifiant positivement sa vie et ses rapports à ce qui l'entoure

Toutes les informations contenues dans ce tableau ont été confirmées par des travaux de recherche clinique (voir chapitre II).

L'utilisation de PDL n'est généralement pas compulsive ni durable, et ces substances n'induisent pas de dépendance. Elle est le plus souvent épisodique, et la plupart des consommateurs n'en continuent pas l'utilisation au long terme après leurs premières expériences. Les études épidémiologiques montrent que l'utilisation de ces substances survient surtout chez les 15-25 ans, qui habituellement en arrêtent l'usage passé cet âge[21]. L'utilisation chronique de PDL est inhabituelle[22]. C'est donc bien en contraste avec l'abus compulsif, qui est le plus souvent retrouvé avec les drogues ayant un effet de récompense, comme les amphétamines, la cocaïne, ou les opiacés, qui produisent un manque.

Quand on demande aux individus pourquoi ils prennent des PDL, ils répondent souvent qu'ils les utilisent pour leur développement personnel ou spirituel, une meilleure compréhension et une découverte de soi, et que leur utilisation leur semble importante pour eux, parce qu'ils ressentent souvent un gain en termes de prises de conscience personnelles, religieuses ou philosophiques. Ces types de perception peuvent résulter d'une modification du fonctionnement

cognitif du cortex frontal, une aire du cerveau où se produisent les décisions et l'attribution de significations[23]. Ce raisonnement peut expliquer pourquoi les humains prennent des PDL alors que ces substances ne produisent pas d'effets de récompense dans les modèles animaux : le type de renforcement qu'elles procurent chez l'humain est essentiellement de nature cognitive, sous forme de perception d'un élargissement de la conscience, d'une plus grande compréhension ou d'intuitions profondes, qui n'aurait pas de contrepartie chez les espèces dites « inférieures », ayant un cortex frontal moins développé.

Les psychédéliques ne sont pas des médicaments ordinaires

Il existe un certain nombre de paramètres fondamentaux qui différencient nettement l'usage de ces substances des autres médicaments, comme les antidépresseurs, les narcotiques et les tranquillisants par exemple[24].

La possibilité d'utiliser un PDL comme auxiliaire médicamenteux en psychothérapie repose sur ses effets, qui sont opposés à ceux des psychotropes du type tranquillisants. Alors que ceux-ci ont plutôt tendance à occulter les problèmes et conflits, si bien qu'ils apparaissent moins aigus, qu'ils perdent de leur importance aux yeux du patient, ils sont au contraire mis à nu avec le PDL; ils sont vécus plus intensément, donc plus facilement reconnus et plus accessibles à un traitement psychothérapique.

Il est reconnu que les psychothérapies avec PDL provoquent une expérience contenant une profonde expansion de la conscience (état modifié de conscience) au travers de laquelle l'individu ne gagne pas seulement en termes

d'« insight thérapeutique » vis-à-vis de sa dynamique émotionnelle et névrotique, et en termes de modifications comportementales, mais aussi par ce que cette expérience provoque comme questionnement sur sa propre vision de la nature de la réalité, en transcendant ses conceptions existentielles.

Dans ce champ, il est couramment accepté que le concept de *set and setting*[25] est le déterminant le plus important de l'expérience psychédélique, au cours de laquelle la substance joue juste le rôle de catalyseur ou de « gâchette ». La notion du *set and setting* souligne que les facteurs les plus importants sont le positionnement interne du consommateur, le cadre interne ou *set* (motivation, attente, intentionnalité, projet, mais aussi personnalité et degré de développement spirituel ou énergétique antérieurs), et l'environnement externe, le « cadre extérieur » ou *setting*, comprenant la présence d'un thérapeute ou d'un « guide ». Nous reviendrons sur ces notions clés. Contrairement aux traitements psychotropes couramment utilisés en psychiatrie (antidépresseurs, anxiolytiques) qui sont censés agir essentiellement par leur action pharmacologique, le cadre interne et externe ne jouant qu'un rôle mineur. Cette découverte du rôle déterminant du cadre peut d'ailleurs être étendue à l'ensemble des autres expériences entraînant des états modifiés de conscience sans substances (hypnose, méditation, transes, isolation sensorielle).

Un aspect important, concernant la psychothérapie assistée par psychédéliques (PAP), est la rapidité du processus thérapeutique. En comparant les PDL avec les médicaments psychotropes classiques, agissant sur l'humeur, qui doivent être pris pendant de longs mois, on s'aperçoit que les PDL ne nécessitent qu'un nombre très restreint de prises, sous la supervision d'un thérapeute, au cours de séances de psychothérapie. En contrepartie, le temps de présence soignante nécessaire lors de la prise de PDL est assez important

(plusieurs heures), même si, au final, le processus psychothérapeutique est grandement accéléré. Même de faibles doses provoquent des changements comportementaux et psychiques prononcés pendant au moins cinq heures, dans la plupart des cas. Les patients ont donc besoin d'être surveillés en continu pendant toute cette durée, et aussi plusieurs heures après, pour réduire au minimum toute survenue d'effets négatifs. L'incidence de ceux-ci est basse lorsque les individus sont soigneusement sélectionnés, surveillés et suivis, tout particulièrement quand on leur a donné des doses adéquates de PDL de bonne qualité pharmaceutique.

Grinspoon et Bakalar (1986) ont souligné que « c'est une erreur de compréhension de penser que la PAP est une forme de chimiothérapie qui doive être envisagée de la même manière que la prescription de lithium ou de phénothiazines (remarque de la traduction : les phénothiazines sont des neuroleptiques prescrits pour les psychoses) ». C'est plutôt « un hybride entre la pharmacothérapie et la psychothérapie » qui intègre des caractéristiques provenant des deux approches.

Toujours en rupture vis-à-vis de l'usage habituel des autres substances psychoactives en psychiatrie, il est généralement reconnu que l'expérience personnelle du thérapeute ou du « guide » est un prérequis essentiel d'une psychothérapie psychédélique effective. Sans cette expérience préalable, la communication entre le thérapeute et le sujet dans un état psychédélique est sévèrement limitée. Ce principe entraîne par voie de conséquence que l'un des paramètres importants de l'expérience psychédélique est l'expertise du thérapeute. Sur le même modèle que la formation psychanalytique, le clinicien a tout intérêt à avoir vécu lui-même quelques séances sous PDL, avec une finalité explicitement didactique, cette démarche étant complétée par une supervision des séances psychédéliques qu'il pratiquera par la suite chez ses patients[26].

Le PDL est un catalyseur ou un amplificateur des processus psychiques et physiques : ce n'est pas un remède miracle qui guérirait à lui tout seul, indépendamment du reste. Prendre une substance hallucinogène conduit ainsi à repenser totalement son rapport au soin, au médicament et à la médecine, tout autant que son rapport à soi, à son corps et à sa conscience. Les PDL ne font pas tout le travail à la place de la personne : ils lui montrent ce qui est à changer, ils lui donnent des indications précises, en enlevant couche après couche les voiles de ses illusions ou de ses croyances erronées, mais le chemin sera ensuite fait par la personne ; c'est le travail essentiel de l'intégration. Il semble d'ailleurs que les PAP conduisent principalement à activer les mécanismes endogènes d'autoguérison, comme d'ailleurs beaucoup de méthodes utilisant à fin thérapeutique les états modifiés de conscience (hypnose ericksonienne, EMDR).

Enfin, à la différence des médicaments ordinaires, qui nécessitent une prise quotidienne sur le long cours, les PDL agissent souvent en une seule ou quelques prises. Les bénéfices financiers seraient intéressants pour notre Sécurité sociale, mais les laboratoires pharmaceutiques y verraient pour leur part une perte de gains ne les incitant pas à commercialiser ces produits. Pahnke[27] décrit une période de changements positifs survenant pendant le premier mois après l'ingestion d'une dose forte de PDL, une « aura psychédélique » (*psychedelic afterglow*) :

> « L'humeur est positive et énergique ; il y a un sentiment de libération vis-à-vis des préoccupations liées au passé et de la culpabilité et de l'anxiété ; la disposition et la capacité à entretenir des relations personnelles intimes sont accrues. Ces effets bénéfiques persistent pendant deux semaines à un mois puis sont graduellement intégrés dans des souvenirs très évocateurs qui influenceront encore l'attitude et le comportement ultérieurement. Durant cette période immédiate après la

fin de la séance, il y a une opportunité unique pour un travail thérapeutique efficace sur les problèmes familiaux ou les autres relations interpersonnelles. »

Les effets des psychédéliques

Les effets des PDL sont sensiblement différents d'une personne à une autre. En effet, le contenu d'une expérience dépend plus de la constitution psychologique du sujet et du contexte matériel et affectif que de la substance spécifique utilisée. Et il dépend aussi beaucoup de la motivation, des intentions et du degré de préparation du sujet qui reçoit le « sacrement psychoactif ».

Cependant, il semble exister une corrélation entre la dose ingérée et la nature de l'expérience psychédélique, selon les quatre phases décrites par Masters et Houston (1966) :

(1) sensorielle (images eidétiques[28] et autres changements perceptuels, modification de l'image corporelle, distorsions spatiales et temporelles) ;

(2) biographique-analytique (reviviscence d'expériences émotionnelles importantes du passé, confrontation à des problèmes personnels, conflits relationnels, buts de l'existence) ;

(3) symbolique (images historiques, légendaires, mythologiques et archétypales) ;

(4) et intégrale (expérience religieuse, union mystique, illumination, intégration psychologique).

Une dose légère peut ne provoquer que des couleurs rosées et une sensibilité aux nuances de la musique ; une dose plus forte peut mettre le sujet en contact avec des thématiques psychanalytiques ou lui procurer un sens de communion avec la nature ; une dose encore plus forte peut

provoquer une expérience où existe une complète dissociation d'avec le sens de soi, de son corps et de l'environnement, le sujet vivant la « mort de son ego », une « grâce » potentielle, mais qui peut être aussi terrifiante. Alors que la dose peut influencer grandement les effets, l'état d'esprit du sujet – ouverture et réceptivité, qualité de l'attention et intentionnalité – peut se révéler encore plus important pour déterminer l'effet final. Ceux qui se trouvent dans un état d'esprit ouvert, détendu et avec un vrai désir d'expérience spirituelle peuvent connaître une expérience transcendantale avec une dose même modérée. Bien sûr, un tel état d'esprit réceptif peut engendrer une expérience spirituelle sans aucune prise de substance. En fait, certains experts disent que notre état de conscience « normal » constitue en réalité une version appauvrie et réduite d'une réalité sous-jacente beaucoup plus large, plus profonde et plus vivante, celle des yogis et des physiciens quantiques, à laquelle, dans notre immaturité, nous résistons[29].

LES VOIES DE LA CONNAISSANCE ET DU CHANGEMENT : ENTRE CIEL ET ENFER

Aldous Huxley, célèbre auteur du *Meilleur des mondes*, voyait trois facettes dans l'expérience avec mescaline : le ciel, l'enfer et les visions.

Le psychologue Adolf Dittrich parvient à des conclusions similaires. Il a répertorié trois catégories d'état modifié de conscience sous psychédéliques : « l'infini océanique », « la dissolution angoissante du soi » et la « restructuration visionnaire ».

On retrouve plus ou moins ces trois modifications fondamentales dans chaque état de conscience modifié[30]. C'est la proportion de chacune de ces dimensions qui conduit soit à la béatitude, soit à l'horreur, et, presque toujours, à la connaissance.

Les effets psychothérapeutiques classiques

Les premiers chercheurs s'aperçurent vite que les volontaires absorbant des psychédéliques relataient l'apparition de profondes modifications dans leurs processus émotionnels et psychologiques, qui s'avéraient semblables à ce qui se passe au cours d'une psychothérapie. Ainsi, les pionniers de la psychothérapie psychédélique cherchèrent à utiliser l'augmentation de la suggestibilité par la substance, pour renforcer l'alliance thérapeutique entre le patient et le thérapeute. Ils pensaient tirer profit des capacités accrues de symbolisation visuelle des pensées et des sentiments, pour explorer plus en profondeur les conflits inconscients présumés sous-jacents. La production, sous PDL, d'associations nouvelles et plus créatives entre les pensées, les souvenirs et les sentiments fournissait la possibilité d'un travail psychologique plus profond que tout ce que l'on pouvait faire sans substance, et donc permettre une meilleure résolution des conflits intérieurs.

En psychothérapie, les PDL facilitent les phénomènes de transfert[31] (au sens psychanalytique du terme) et ramènent à la conscience des souvenirs de l'enfance refoulés. Ils font ressurgir des faits de l'histoire personnelle, facilitent l'exercice de la mémoire, magnifient les émotions et favorisent les prises de conscience. Au cours de séances sous PDL, des souvenirs datant même de la prime enfance peuvent redevenir vivants. Et il ne s'agit pas là d'un souvenir ordinaire, ni d'une *réminiscence*, mais d'une *reviviscence*, comme l'a formulé le psychiatre français Jean Delay.

Des productions de l'inconscient, des « rêves éveillés » vont pouvoir se manifester, en lien avec le relâchement des mécanismes de défense psychique habituels, la levée des « filtres » psychiques qui organisent le refoulement. Les effets produits par le PDL sur le mental ordinaire se combinent avec les attitudes compatissantes et encourageantes de

la part du thérapeute, pour produire des intuitions personnelles nouvelles et puissamment ressenties. Au travers de la psycholyse (autrement dit, l'assouplissement des défenses), le patient devient plus intensément conscient de ses dynamiques émotionnelles et structures réactionnelles auparavant inconscientes (probablement acquises lors d'interactions familiales précoces), et une telle prise de conscience permet une résolution des conflits intérieurs.

Lors de l'utilisation de plus fortes doses, l'intensification de la relation thérapeutique va bien au-delà des limites rencontrées en psychothérapie conventionnelle, prenant fréquemment un aspect caricatural. Il est alors beaucoup plus facile pour le patient et le thérapeute de reconnaître et de comprendre la nature transférentielle des problèmes manifestés. Pour un thérapeute expérimenté s'offre ainsi une opportunité unique de mettre en œuvre des expériences émotionnelles correctrices à des niveaux très profonds, qui ne sont pas facilement accessibles lors d'une psychothérapie classique.

Le psychiatre tchèque Stanislav Grof fit aussi la découverte étonnante qu'en augmentant la dose de la substance une ouverture psychique encore plus profonde pouvait se produire : souvenirs de la naissance et de la vie intra-utérine, puis expériences transpersonnelles (au-delà de l'ego). Ainsi, Grof remarqua qu'après avoir traversé des conflits provenant de l'enfance précoce (selon la psychodynamique freudienne), les patients se trouvaient en train de revivre des caractéristiques sensori-émotionnelles importantes de leur naissance – caractéristiques auxquelles Grof donna le nom de « matrices périnatales » (de I à IV, selon la phase de l'accouchement où se retrouve le sujet). Puis, après qu'ils étaient passés par l'imagerie du traumatisme de la naissance et des matrices périnatales (surtout les matrices II et III, particulièrement pénibles à revivre, et fréquemment associées à des contenus violents et sexuels), Grof nota que

les patients accédaient à un troisième et nouveau domaine, celui des dimensions transcendantes ou mystiques de la conscience (le domaine « transpersonnel »).

Les effets transpersonnels, un défi pour les psys d'aujourd'hui ?

Les effets psycholytiques s'inscrivent naturellement dans le cadre d'une psychothérapie classique. Mais qu'en est-il des effets transpersonnels, ceux qui sont le plus craints et le plus stigmatisés ? « 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 restreignent notre perception 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 non seulement les cadres conceptuels actuels de la psychologie et de la psychiatrie, mais aussi la philosophie moniste matérialiste de notre science moderne. À ces doses élevées, les PDL amènent le sujet dans les domaines du transcendantal et du vécu mystique, 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 extrasensorielles.

Les psys ne sont pas formés pour travailler dans cette perspective ; leur théorie du fonctionnement psychique n'est pas suffisamment large pour inclure toute la gamme de phénomènes potentiels rencontrés. D'où l'utilité d'aller puiser dans les découvertes de la psychologie transpersonnelle, où le spectre de conscience étudié est bien plus vaste. La psychologie transpersonnelle ne repose pas sur les travaux d'un seul auteur, et s'inspire de plusieurs

chercheurs. Sont particulièrement intéressants les travaux de Charles Tart de Ken Wilber et Stanislav Grof. Il est très utile, dans la pratique, de posséder ainsi un cadre théorique qui puisse aider les sujets à interpréter et à donner sens à leurs expériences vécues en état non ordinaire de conscience.

Pour Grof (2007), les expériences transpersonnelles peuvent être classées en trois catégories :

1. le dépassement des limites spatiales habituelles, ou des limites de ce que le philosophe-théologien Alan Watts appelle « l'ego prisonnier de sa peau » ;

2. le dépassement des limites habituelles du temps, avec passage au-delà du temps linéaire pour vivre un « temps » où passé, présent et futur peuvent coexister dans le « maintenant » ;

3. la troisième catégorie est encore plus étrange ; elle implique l'extension de la conscience à des mondes et à des dimensions que notre culture industrielle occidentale ne considère pas « réels » (rencontres avec des êtres archétypaux, des paysages mythologiques, des esprits désincarnés, des dieux et démons, des habitants d'univers parallèles, etc.).

Les vécus « extra-ordinaires » de l'expérience psychédélique n'ont d'impact positif durable que s'ils s'inscrivent dans un cadre thérapeutique ou spirituel, c'est-à-dire avec des intentions précises, des attentes constructives, des motivations de développement personnel, professionnel ou spirituel, des attitudes mentales appropriées (être prêt à s'abandonner à tout ce qui se produira et se laisser aller dans le flux de l'expérience), et s'ils sont accompagnés de rituels créant des repères porteurs de signification.

Seul ce type de cadre permettra vraiment de donner sens, d'intégrer, d'ancrer, et de réutiliser dans la vie quotidienne les prises de conscience et apprentissages acquis au cours du voyage psychédélique. C'est aussi cette structure qui

permettra une continuité et une progression, au travers de la répétition des prises de la substance, pour un véritable parcours thérapeutique ou initiatique personnalisé.

Voici quelques-unes des caractéristiques de l'expérience transpersonnelle :

– le sentiment que l'on a quitté son corps (ce qu'on nomme *Out of Body Experience* ou OBE dans la littérature anglo-saxonne) ;
– la conscience de devenir un être non physique ;
– des visions possédant une grande intensité émotionnelle ;
– un sentiment de dissolution de l'ego et de perte d'identité ;
– la rencontre de mondes mythologiques ;
– un revécu du processus de la naissance ;
– des rêves très vivides ou des souvenirs concernant des incarnations passées ;
– des rencontres avec des êtres archétypaux ;
– l'expérience de mort et de renaissance psychologique de l'ego ;
– des sentiments d'unité cosmique avec l'humanité, la nature, l'univers et Dieu ;
– des expériences proches de celles décrites dans les états de mort imminente.

Les effets spirituels

Ils font partie de l'expérience psychédélique, mais possèdent des caractères propres que je souhaiterais distinguer. Rick Strassman (2005) décrit ainsi les états psychologiques qu'une « molécule de l'esprit » doit provoquer avec une fiabilité raisonnable :

« Ce sont des sentiments de joie extraordinaire, d'intemporalité, et la certitude que ce dont nous faisons l'expérience

est "plus réel que le réel". Une telle substance peut nous conduire à une vision de la coexistence des opposés, comme la vie et la mort, le bien et le mal ; une connaissance de ce que la conscience continue après la mort ; une profonde compréhension de l'unité de base de tous les phénomènes ; et un sentiment de sagesse ou d'amour pénétrant toute existence. »

Les caractéristiques de l'expérience mystique ont été différenciées en sept types par Stace, en 1961. On peut y voir une description de l'expérience mystique universelle, une expérience religieuse primordiale, dépassant et intégrant les clivages imposés par les religions institutionnalisées.

En voici la liste synthétique :

• *Qualité noétique* : le mystique ressent ce qu'il vit comme une illumination ou un accès à la connaissance authentique ; ses visions et pensées sont vécues comme appartenant à une réalité objective et indépendante, basées sur une connaissance directe et intuitive.

• *Émotions profondément positive*s (la texture de l'univers est Amour) : des sentiments de grâce, de joie, de paix, de bonheur et d'harmonie.

• *Sentiment du caractère sacré de la vie et de toutes choses* : tout ce qui est appréhendé revêt une nature divine.

• *Unité interne : tout est « Un »* ; sentiment que derrière la multiplicité apparente du monde il y a une unité qui est appréhendée lorsque la conscience se détache des formes sensorielles et des contenus conceptuels ; au bout du compte, le mystique sent que les frontières du soi se dissipent, et il devient un avec une existence plus large que lui-même ; s'y associe le sentiment que toutes les choses et créatures sont reliées, et que toutes les choses sont vivantes.

• *Transcendance des limites du temps et de l'espace* : passé, présent et futur coexistent simultanément sur un axe vertical ; le mystique ressent que les notions de temps et d'espace ne sont plus applicables.

• *Ineffabilité de l'expérience* : il s'agit d'une difficulté à décrire par des mots l'expérience mystique, les concepts habituels semblant inadaptés ou insuffisants, pour des phénomènes se situant au-delà de toute description verbale.

• *Paradoxalité* : les canons de la logique sont remis en cause ; pour atteindre les royaumes du Divin, nous devons laisser derrière nous notre rationalité habituelle.

Pahnke (1963) rajoute deux autres catégories à cette liste :

• *Caractère transitoire* : la durée de l'état de conscience mystique est délimitée, et bien différenciée quand l'expérience est terminée ; c'est une différence importante entre la conscience mystique et la psychose.

• *Changements positifs durables dans les attitudes et les comportements* : quand une personne traverse une expérience caractérisée par les huit catégories décrites ci-dessus, elle présente souvent des changements dans l'un au moins des domaines suivants :

– envers elle-même : intégration plus forte de la personnalité ; plus grand sentiment de valeur personnelle ; détente des mécanismes de défense de l'ego ; meilleure acceptation de soi ; plus grande foi dans la créativité personnelle ; plus grand optimisme ;

– envers les autres : plus grande sensibilité, tolérance, compassion et plus d'amour ;

– envers la vie : changements de valeurs, de buts et de signification de la vie ; plus grande implication professionnelle ; perte de la peur de la mort ; appréciation plus grande de la totalité de la création ;

– envers l'expérience mystique elle-même : elle est ressentie comme un apprentissage utile.

L'échelle de mysticisme de Hood[32], utilisée en recherche pour évaluer les effets spirituels des PDL, emprunte de manière presque identique ces catégories.

L'effet entactogène et empathogène

Voici un bon résumé de l'« expérience entactogène », provenant d'un questionnaire administré par Turek (1974) à dix patients auxquels fut proposée la MDA :

> « Des sentiments de paix et de tranquillité, des sentiments de tendresse et de gentillesse, une plus grande beauté et signification de la musique, des sentiments de proximité émotionnelle avec son conjoint, une conscience accrue de l'importance des relations interpersonnelles, des sentiments de joie, l'expérience d'une unité en relation avec un monde intérieur en soi, sentiment d'être dans un état spirituel élevé, expérience d'être une pure conscience, juste en train d'"être", acquisition d'une connaissance révélée à un niveau intuitif, sentiment que l'état de conscience vécu durant la séance est plus réel que la conscience normale de la réalité quotidienne, et perte du sens habituel du temps. »

Les effets physiques

Certaines substances agissent autant chez l'animal que chez l'homme, laissant supposer des effets purement physiques. L'ibogaïne, par exemple, diminue les phénomènes d'addiction, de manque et de sevrage chez l'animal. Une telle action devrait *a priori* passer par des mécanismes plutôt biologiques, l'aspect psychologique et spirituel ne semblant pas être mis en œuvre à ce niveau.

D'autres, comme la psilocybine, peuvent agir sur des névralgies (douleurs des nerfs) à des doses insuffisantes pour créer une expérience psychédélique, nécessitant donc, là aussi, un passage par des mécanismes plutôt biologiques.

Les effets de l'ayahuasca et de l'iboga sur des maladies neurologiques comme la maladie d'Alzheimer ou le

syndrome de Parkinson, ou bien les effets de l'iboga sur le virus du sida ou sur la leishmaniose, doivent aussi, logiquement, passer par un mécanisme plus biologique que psychologique ou transpersonnel.

Strassman (2001) invoque les composantes biologiques de certains effets curatifs constatés chez les sujets ayant absorbé de la DMT. Par exemple, Strassman indique :

> « (...) l'euphorie provoquée par la DMT aida les volontaires à considérer plus résolument leur vie et leurs conflits. Ces sentiments extatiques peuvent être, en partie, liés à l'irruption puissante, induite par la DMT, de la bêta-endorphine cérébrale morphinomorphe. La DMT a aussi stimulé une production massive, dans le cerveau, de vasopressine et de prolactine. Les scientifiques croient que ces composantes sont importantes dans les sentiments de lien, d'attachement et de bien-être avec les autres membres de l'espèce. Il se peut que l'élévation du niveau de ces produits chimiques cérébraux ait facilité la confiance de la part des volontaires, la détente face aux effets de la substance et le partage de problèmes extrêmement personnels d'une façon qui semblait préalablement impossible. Cela pourrait s'appliquer à la plupart des psychédéliques utilisés en clinique humaine ».

L'action régulatrice exercée par les PDL sur le système sérotoninergique cérébral permet de prévoir ou d'expliquer certains de leurs effets bénéfiques, notamment sur les troubles de l'impulsivité, les troubles obsessionnels compulsifs et les dépressions.

L'activation de certaines parties « dormantes » des gènes (« l'ADN poubelle », partie de l'ADN qui était censée ne servir à rien) pourrait expliquer certains des effets physiques des PDL[33]. Ainsi, dans les 98 % de notre ADN qui étaient censés ne servir à rien résident probablement des potentialités révélées par les PDL. On peut facilement en

comprendre l'importance, sachant que notre ADN est à la base de nos processus physiques les plus intimes.

Mais parfois les effets somatiques bénéfiques des PDL sont inexplicables par les connaissances de la médecine occidentale. Ainsi, par exemple, comment expliquer la guérison subite d'une pathologie chronique de la hanche, ayant résisté cinq ans à tous les traitements médicamenteux, après une seule séance d'iboga au cours de laquelle le sujet avait demandé explicitement à la plante de le soigner à ce niveau ? Si c'est un effet placebo, à la limite tant mieux, pourvu que cela marche, et que l'iboga ainsi que les autres PDL se révèlent être de merveilleux facilitateurs de l'effet placebo. Pinchbeck (2003) suggère cependant un autre mécanisme à l'œuvre dans le cas de ces guérisons physiques ; parlant de l'ayahuasca, cet auteur nous dit :

> « Les Indiens la révèrent pour ses pouvoirs de guérison. La purge de parasites et de toxine fait partie du processus de soins. J'ai senti comme si une intelligence étrangère me parcourait, examinant mes organes, mes nerfs et mes processus cellulaires, procédant à de subtils ajustements. C'était comme si j'étais un ordinateur et que l'ayahuasca était un programme en train de me scanner et de me réparer. Quand elle eut achevé son travail, j'ai vomi – l'acte de vomir fut comme le "bip" à la fin de l'exécution d'un programme. »

Les psychédéliques : quelques mécanismes d'action possibles

Au niveau biologique, ils agissent sur les substances chimiques présentes dans le cerveau et responsables de son fonctionnement dans le domaine de la pensée, des émotions

et des comportements. Parmi ces substances, appelées « neuromédiateurs », celle qui est principalement mobilisée par les PDL se nomme la sérotonine. Mais on a pu mettre en évidence l'effet des PDL sur bien d'autres neuromédiateurs, dont notamment le glutamate[34].

Une zone du cerveau semble particulièrement impliquée : le cortex frontal. Cette région cérébrale devient hyperactive lors d'une prise de PDL, de manière concomitante aux effets psychologiques. Cela a pu être démontré autant avec une tryptamine comme la psilocybine – quand on mesure le taux de métabolisme du glucose du cortex frontal (et préfrontal)[35] –, qu'avec une phénéthylamine comme la mescaline, quand on en mesure le flux sanguin local[36]. La kétamine crée aussi un hypermétabolisme du glucose du cortex frontal[37].

On pense que la conscience implique des interactions complexes du cortex, du thalamus et du striatum. Les modifications de ce réseau par activation des récepteurs 2A de la sérotonine est actuellement la théorie la plus populaire pour expliquer les mécanismes d'action des agents psychédéliques tryptamines et phénéthylamines[38]. Ce circuit connectant le cortex frontal, le striatum et le thalamus est un système de régulation ; il contribue à la collection, au traitement et à la transmission d'informations internes et externes.

Les circuits neuronaux qui impliquent le thalamus sont souvent qualifiés de « porte d'entrée vers la conscience ». Cette structure cérébrale est responsable du tri de l'information et de sa distribution. On suppose que les PDL modifient le filtrage des stimuli par le thalamus, de sorte que les aires corticales supérieures (notre cerveau « raisonnant ») sont envahies par des stimuli perceptifs internes et externes provenant de toutes les modalités sensorielles[39].

Les hallucinogènes classiques agissent ainsi sur le système de porte sensori-moteur du cerveau qui normale-

ment empêche la majorité des stimulis sensoriels d'arriver à la conscience. C'est un système de filtre indispensable au bon fonctionnement quotidien en état ordinaire de conscience, pour éviter que le cerveau ne soit submergé d'informations inutiles ou intraitables. En ouvrant « les portes de la perception » (pour reprendre le titre de Huxley), les PDL provoquent l'afflux, dans la conscience, de stimuli sensoriels et de processus cognitifs, qui passent habituellement inaperçus ou restent cachés dans la partie inconsciente de l'esprit.

Très proche également des neurosciences, Winkelman[40] a récemment créé le terme de « psycho-intégrateur », pour symboliser les effets des PDL sur le fonctionnement cérébral. Un psycho-intégrateur favorise avant tout l'activité des niveaux les plus bas du cerveau que Mac Lean[41] appelle « cerveau reptilien » (ou « complexe-R ») et « cerveau paléo-mammalien » (ou système limbique). Le cerveau paléo-mammalien gère l'identité de soi, la survie de l'espèce, les relations sociales et familiales, ainsi que l'apprentissage et la mémoire, les émotions sexuelles et agressives, et leur intégration dans le comportement humain. L'activation du cerveau paléo-mammalien et de ses fonctions par les psycho-intégrateurs (et les états modifiés de conscience en général) favorise l'intégration systémique de la psyché. La stimulation du cerveau reptilien par les psycho-intégrateurs conduit à une intégration plus grande de toutes les aires cérébrales ; elle est responsable d'une augmentation de l'éveil et de la conscience, et interfère avec les routines comportementales gérées par le cerveau reptilien. Le cerveau paléo-mammalien et le système limbique convoient les influences sociales et émotionnelles sur l'activité mentale et le comportement. Winkelman postule que les substances psychédéliques forcent une réintégration holistique (globale) des processus élémentaires neurologiques, émotionnels, comportementaux et cognitifs,

principalement au travers d'une modulation au long terme des systèmes sérotoninergiques. Par l'activation des processus corticaux du plus haut niveau et la désinhibition des systèmes cérébraux de plus bas niveau et du cortex visuel, plus d'informations deviennent disponibles pour le cerveau qui est alors stimulé en direction d'un fonctionnement plus intégratif.

Le travail avec l'électro-encéphalographie de Stuckey et coll. (2005) au Brésil ou de Riba et Barbanoj (2005) en Espagne semble confirmer cette direction. Les psychointégrateurs sont aussi, par nécessité, des « désintégrateurs » – la connexion avec le tout-venant comme conséquence de la désintégration provisoire de l'ego. Certains de ces effets proviennent de leur puissante action de déconditionnement, par laquelle ils inhibent les réponses conditionnées et bloquent les voies habituelles de la neurotransmission. Leur effet est aussi extrêmement dissociatif, favorisant certains systèmes cérébraux aux dépens des autres – comme celui gérant l'environnement extérieur. Leur dissociation est concomitante à l'activation puissante des autres types de connexions, qui occupent alors totalement la conscience.

Deux analogies sont souvent évoquées par les experts pour caractériser le mode d'action des psychédéliques. La première est la métaphore de l'amplificateur : la substance a la fonction d'un amplificateur non spécifique des contenus psychiques. On peut aussi dire que le PDL est un catalyseur, c'est-à-dire un élément qui permet qu'une autre chose arrive, mais qui ne fait pas partie du résultat[42]. Une seconde analogie est la métaphore du microscope qui suppose que les psychédéliques pourraient jouer le même rôle que celui du microscope en biologie, à savoir ouvrir directement sur des observations reproductibles et vérifiables concernant des contenus et processus psychiques, mais aussi des phénomènes non visibles de notre univers matériel, qui sont habituellement inaccessibles.

Une autre analogie[43] semble pertinente, celle du poste de télévision. Elle illustre aussi la nature différente des phénomènes observés, en fonction des doses ingérées. Notre cerveau est un récepteur du monde extérieur, et les PDL jouent le rôle d'un zappeur qui permet de changer de chaîne pour recevoir d'autres programmes qui semblaient invisibles tant qu'ils n'étaient que des ondes flottant en l'air, en attente d'ouvertures de canaux.

Ainsi, à doses faibles, les PDL permettent l'accès aux niveaux de changement les plus simples et les plus familiers : les niveaux personnels et psychologiques. Ces effets sont analogues au réglage plus précis de l'image télévisuelle, réglage du contraste, de la lumière et des couleurs. Les images consistent en des sentiments, souvenirs et sensations, qui ne sont ni inhabituels ni inattendus, mais ce qui est là est vu plus clairement, plus en détail. C'est *l'effet psycholytique*. Une dose plus forte de PDL va aller plus loin, et changer directement de chaîne. Ce n'est plus le spectacle que nous regardions dans la réalité quotidienne, canal normal. Un PDL permet un accès régulier, répété, et digne de confiance, à d'autres canaux. C'est *l'effet psychédélique*. Les autres plans d'existence sont toujours là, communiquant tout le temps. Mais nous ne pouvions les percevoir parce que notre câblage cérébral nous contraint à être en quasi-permanence branché sur canal normal. Si nous changeons simplement nos facultés réceptrices cérébrales, par le biais de l'accession à un état modifié de la conscience, nous pouvons les appréhender et interagir avec eux.

Le PDL agit aussi par un mécanisme essentiel : il augmente la suggestibilité du sujet aux messages thérapeutiques. Il en favorise ainsi l'incorporation et permet aussi un recadrage des croyances pathologiques de l'individu. Le terme de « psychothérapie narrative » convient particulièrement à cet effet. Il représente une approche symbolique ou rhétorique, basée sur un rituel, permettant de remodeler les

contenus de la conscience, que les anthropologues ont aussi appelée « thérapie symbolique[44] » ou « efficacité symbolique[45] ». La psychothérapie narrative consiste en l'application ou en l'activité interprétative de mythes culturels préformés, plaçant les événements dans une histoire qui est thérapeutique, parce qu'elle soutient des attentes de guérison, rend la maladie ou le traitement compréhensibles, décourage les comportements malsains, ou favorise autrement la santé. Le patient est impliqué dans une histoire personnelle de transformation de soi et de renaissance. Le PDL amène le sujet à penser « en dehors de la boîte » ; il lui permet de développer d'autres systèmes d'interprétation des mondes intérieurs et extérieurs, de construire sa réalité différemment de ce qu'il s'est habitué à faire automatiquement, conditionné par les aléas de son histoire personnelle. Il lui ouvre un nouveau champ de possibilités, avec des nouvelles options, de nouvelles solutions ou tout simplement (mais cela est relié) de nouvelles questions.

Les PDL ont cette propriété d'augmenter l'ouverture de l'esprit aux messages culturels, en modifiant la suggestibilité et en induisant un état d'autoabsorption à tonalité spirituelle. Cela permet une restructuration cognitive et affective thérapeutique. Ainsi, Sjoberg et Hollister (1965) ont montré que la mescaline augmentait la suggestibilité des sujets (mesurée par l'Échelle de suggestibilité de Stanford) à un niveau comparable à celui produit par l'induction d'une transe hypnotique.

Plus près de nous, l'étude de Spitzer (1996), conduite en double aveugle et contrôlée avec un placebo (voir glossaire en fin d'ouvrage pour la définition de ces termes), a montré que la psilocybine augmentait l'activation des réseaux sémantiques, c'est-à-dire qu'elle conduisait à une disponibilité accrue d'associations distantes, amenant donc à la conscience des contenus cognitifs qui seraient normalement restés inactivés. Cet effet produit une plus

grande créativité, un élargissement de la conscience et une plus grande suggestibilité.

Au cours des séances de thérapie psychédélique, plutôt que de séparer la création du sens et la psychopharmacologie dans des domaines d'intervention cliniques divergents (comme la culture américano-européenne le fait en séparant la psychologie clinique et la psychiatrie biologique dans des disciplines sans aucun rapport), le changement de signification de l'existence et la psychopharmacologie représentent deux aspects synergiques d'une même intervention. Pour cette raison, les tentatives de répliquer les effets thérapeutiques des PDL dans des ambiances stériles de laboratoire sans cadre narratif ni suggestions thérapeutiques peuvent se montrer improductives et refléter seulement l'artefact d'une approche réductionniste, n'explorant que le niveau chimique des produits.

Le cadre et le rituel permettent donc d'utiliser cet état d'hypersuggestibilité de manière thérapeutique et sociale. La ritualisation des modifications induites de la conscience, avec ou sans substances, instaure un cadre symbolique universel dans lequel ces expériences font sens et deviennent maîtrisables, parce que s'insérant dans un modèle d'intégration culturel où la symbolique individuelle trouve à s'inscrire. Dans les groupes ethniques, les prises de psychédéliques accompagnent donc souvent les rites de passage, au moment de l'adolescence en particulier, permettant l'appropriation par le jeune du discours, des images et des mythes générés et proposés par sa collectivité[46].

Cette malléabilité aux messages thérapeutiques contient une contrepartie négative : les psychédéliques pourraient s'avérer, placés dans de mauvaises mains, des outils de manipulation psychologique. C'est ce que dénoncent ceux qui parlent de « soumission chimique » liée aux plantes hallucinogènes. Toute psychothérapie efficace nécessite de créer, temporairement, une telle suggestibilité chez

le patient : c'est l'éthique du thérapeute qui en fera une expérience bénéfique. Tout comme un couteau tranchant, qui, bien employé, permet de délivrer un prisonnier de ses liens et, mal employé, peut blesser quelqu'un.

De même, vu l'hypersuggestibilité d'un sujet sous PDL, certaines des idées implantées accidentellement peuvent être dangereuses (Kent, 1998). Ceux qui sont déterminés à suivre la voie de Jim Morrison vers la « Fin » ne s'en émouvront pas, mais les autres devraient noter que la musique, les gens et les cadres associés à une idéologie de mort ou à une ambiance de désespoir risquent de programmer l'esprit dissocié de manière dommageable[47].

Marsch (1979) souligne à juste titre :

> « L'expérience de la substance est comme toute expérience : sa signification se trouve d'abord dans la personne, non dans la substance qui ne fait que libérer. Ce à quoi cette libération nous mène, confusion ou perspicacité extatique, dépend du sujet et des circonstances. Vue sous cet angle, l'expérience du PDL devient une expérience sémantique : c'est une expérience qui consiste à créer et découvrir des significations. »

La suggestibilité n'explique cependant pas tout. Pour Johnson[48], si l'on ajoute à l'observation des cultures indigènes qui ingèrent les hallucinogènes classiques quasiment toujours dans un contexte sacré[49], les découvertes des études cliniques en double aveugle – montrant que, dans des conditions bien aménagées, les hallucinogènes provoquent des expériences de type mystique à une fréquence élevée[50]–, on comprend que l'association des hallucinogènes avec des expériences spirituelles relève aussi de l'activité pharmacologique de ces agents et non seulement d'un mécanisme de suggestion culturelle.

Les PDL reproduisent, de manière amplifiée et accélérée,

les capacités naturelles de notre cerveau à créer des états modifiés de conscience : Strassman relève la ressemblance frappante des expériences de volontaires de son étude ayant pris de la DMT avec des états de conscience modifiés se produisant naturellement. Cet auteur interroge les raisons qui ont poussé la Nature ou Dieu à faire la DMT et à l'introduire dans notre cerveau : « Quel est l'avantage biologique ou évolutif dans le fait que diverses plantes et notre corps synthétisent la molécule de l'esprit (la DMT) ? Si la DMT est libérée à des moments de tension particulière dans nos vies, est-ce une coïncidence, ou est-ce que cela obéit à un dessein ? Dans ce cas, à quelle fin ? » Pour Strassman, les ressemblances entre les phénomènes se produisant naturellement et ceux induits par la DMT corroborent l'hypothèse que les expériences psychédéliques spontanées ont pour cause instrumentale des niveaux élevés de DMT endogènes (à savoir à l'intérieur du cerveau) : « Il se peut que ce soit sur les ailes du DMT endogène que nous faisons l'expérience d'états d'esprit transformateurs, associés aux expériences de naissance, mort et seuil de la mort, de contact avec des entités, et à la conscience mystique/spirituelle. »

Les substrats neuro-anatomiques qui sont apparemment les plus affectés par les PDL sont ceux qui présentent le plus d'intérêt pour les chercheurs dans les domaines de la conscience et des sciences cognitives. Ces substrats cérébraux jouent un rôle crucial pour nous, en tant qu'êtres conscients, sur la façon dont nous construisons la réalité et dont nous définissons exactement qui nous sommes en relation avec le reste du monde[51]. Ainsi, il est fort à parier que les recherches cliniques sur l'utilité des PDL en psychiatrie et en médecine conduiront à des découvertes très importantes sur ce que l'on appelle l'« esprit » et la nature de ses relations avec le cerveau. Le philosophe en chacun de nous a envie de mieux comprendre qui nous sommes et

pourquoi nous sommes là. Nos peurs irrationnelles vis-à-vis de cette plongée dans la nature de la conscience doivent être mises de côté, et les PDL devraient être reconnus pour ce qu'ils sont : les outils qui nous permettront finalement de mieux nous connaître.

Chapitre II

MYTHES ET IDÉES REÇUES

« Quand le sage montre la lune, l'imbécile regarde le doigt. »

Proverbe chinois

La plupart des préjugés concernant les psychédéliques tournent autour de la question des dangers. L'image des PDL étant fortement colorée par la peur, un immense mur de méfiance entoure aujourd'hui ces substances. Et c'est compréhensible. Il existe, c'est vrai, des dangers réels. Ils surgissent dans les cas d'utilisation solitaire des PDL et sont principalement d'ordre psychologique. Les cas recensés de morts liées à la prise de LSD ne sont pas dus à une overdose : le problème, c'est que le consommateur s'est soudain cru détenteur de pouvoirs surnaturels et a entrepris de marcher sur une autoroute ou de voler en sautant par la fenêtre. Il s'agit là de faits rares, attribuables au mauvais usage de la substance et non pas à la substance elle-même. Prise avec de grandes garanties de sécurité, dans un cadre médicalisé, la substance ne présente pas de danger, que ce soit du point de vue psychologique ou du point de vue physiologique. Il n'est pas inutile de rappeler que chaque année, aux États-Unis, 515 000 personnes, soit près d'un demi-million, décèdent à cause de drogues tout à fait légales : 440 000 personnes tuées par le tabac, 75 000 par l'alcool. Or pour le LSD on dénombre… 0 mort.

En revanche – il faut le répéter et le faire savoir –, les psychédéliques étant les substances psychoactives les plus puissantes que l'on connaisse, l'utilisation dans un cadre inadéquat, ou avec des intentions ambivalentes, peut causer une détresse psychologique considérable, même si elle est généralement transitoire.

Le plus souvent, les discussions qui portent sur les risques psychédéliques concernent en réalité la question du cadre d'utilisation. Les PDL sont des outils. La façon dont ils sont employés fait toute la différence. Imaginez que vous demandiez à un groupe de personne de milieux très différents d'évaluer si un couteau est un objet dangereux ou utile. Dans ce contexte, un chirurgien vous présentera ses statistiques d'opérations réussies (grâce au bistouri), un commissaire de police vous parlera de meurtres et de mutilations, une ménagère considérera l'utilité du couteau pour couper la viande et les légumes, et un artiste pensera à la gravure sur bois. Dire qu'une seule de ces conceptions est l'unique vérité serait évidemment absurde ; il est évident pour tout le monde que le facteur crucial est l'intention et la façon dont on va se servir du couteau. Personne ne considérerait sérieusement que les dangers et les bénéfices potentiels de cet outil constituent des propriétés intrinsèques. C'est pourtant exactement ce qui s'est produit dans les discussions passées concernant les psychédéliques.

Démêler le vrai du faux

« Les psychédéliques créent une dépendance. C'est comme une drogue. »

Bien au contraire ! Trois articles récents et approfondis, faisant une revue de la littérature scientifique sur l'utilisation

thérapeutique des psychédéliques, concordent pour souligner qu'il y a quelque chose de particulier à exploiter dans le potentiel de ces substances vis-à-vis des addictions[1]. Quand on connaît l'efficacité très limitée des traitements conventionnels dans ces pathologies, l'exploration du potentiel thérapeutique des PDL pour traiter les personnes souffrant de dépendances à l'alcool et aux drogues est non seulement nécessaire, mais aussi une question d'éthique. En fait, la plupart sont d'excellents médicaments pour sortir des dépendances aux drogues : kétamine, ayahuasca, iboga, et LSD sont les plus réputés pour cela.

Metzner (2006) pense même que la meilleure indication des PDL dans la société occidentale concerne le traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies. L'Hoasca Project au Brésil a bien montré une réduction importante de ces addictions parmi les membres de l'Église UDV[2], consommant régulièrement de l'ayahuasca au long cours. De même, les membres de la NAC[3] aux États-Unis, consommant régulièrement le peyotl, s'avèrent beaucoup moins touchés par l'alcoolisme que les autres membres de la population des Indiens natifs d'Amérique, dévastée par ce fléau. Dans ces deux premiers cas, cependant, on ne peut pas attribuer l'effet antidrogue à la seule consommation d'ayahuasca ou de peyotl ; le fait d'appartenir à une communauté spirituelle, et d'y trouver du soutien et un accompagnement rituel, doit aussi jouer un grand rôle. Cependant, quand on examine l'histoire de la recherche psychédélique en Occident, on s'aperçoit que l'application la plus répandue du LSD se fit dans le traitement de l'alcoolisme. À la fin des années 1960, outre les très nombreuses publications sur ce sujet, il existait six hôpitaux en Amérique du Nord qui traitaient cette pathologie par des programmes spécialisés utilisant le LSD. Comme les psychédéliques provoquent une expansion et un approfondissement de la conscience, ils constituent un antidote logique et naturel aux effets de rétrécissement,

d'endormissement et de fixation de la conscience, provoqués par les drogues. De plus, de par leur effet purgatif, le peyotl, l'ayahuasca et l'iboga pourraient s'avérer des traitements encore plus efficaces que le LSD dans le cadre des toxicomanies. Le « drogué » a besoin de se purger non seulement des résidus toxiques de la drogue dans son corps, mais aussi de ses habitudes et de ses schémas mentaux, émotionnels et perceptuels. Le programme mis en place à Takiwasi (Pérou) par le Dr Jacques Mabit, pour traiter les toxicomanes à la cocaïne dans un cadre résidentiel, inclut un soutien psychologique, des séances d'ayahuasca et du travail physique de jardinage ou de boulangerie. Idéalement, la vie en communauté devrait toujours être une composante du traitement, afin d'offrir le même type de soutien continu au long cours après la phase de traitement intensif, comme c'est le cas pour les membres de l'UDV ou de la NAC.

Mais les PDL entraîneraient-t-ils eux-mêmes une dépendance ? Seraient-t-ils des « drogues antidrogue », comme on peut l'entendre dans la bouche des gens mal informés ? En aucun cas. Qu'on le dise bien une fois pour toutes : les PDL n'engendrent pas de dépendance ni d'addictions et ne sont pas considérés comme des substances entraînant un effet de récompense[4].

Drogues *versus* psychédéliques : des effets différents sur le cerveau

Deux régions cérébrales ont été identifiées, pour l'instant, comme particulièrement importantes dans le processus d'addiction aux drogues : le *nucleus accumbens* et l'*aire tegmentale ventrale* qui appartiennent au circuit dit « de la récompense ». Elles communiquent entre elles *via* un messager chimique, la dopamine. Toutes les drogues semblent agir en augmentant la quantité de dopamine dans ce circuit.

CE N'EST PAS LE CAS DES SUBSTANCES PSYCHÉDÉLIQUES.

Les vraies drogues (cocaïne, héroïne, amphétamines) créent une dépendance physique en agissant principalement sur le système dopaminergique de récompense/plaisir, particulièrement dans les régions mésolimbiques du cerveau[5]. Alors que les psychédéliques agissent principalement sur les récepteurs sérotoninergiques 5HT2A ou d'autres récepteurs, et manquent d'affinité pour le système dopaminergique (exception faite pour la MDMA [ecstasy], ce qui implique des précautions pour son usage thérapeutique). Dans un article passant en revue les substances addictives qui activent les voies cérébrales de la récompense (celles qui rendent « accro »), les drogues identifiées avec cette action comprenaient les opiacés, la nicotine, le cannabis, la phencyclidine (PCP), la cocaïne, les amphétamines, l'alcool, les barbituriques, les benzodiazépines et même la caféine, mais il n'y avait pas mention des PDL[6]. Aucun article de recherche ne montre la possibilité d'entraîner des animaux à s'autoadministrer des PDL, ce qui indique bien que ces substances ne possèdent pas les caractéristiques pharmacologiques nécessaires pour pouvoir initier ou maintenir une dépendance[7].

De plus, excepté pour une minorité de consommateurs, il n'y a pas de dépendance psychologique. La plupart des utilisateurs récréatifs des PDL classiques diminuent ou arrêtent leur consommation avec le temps[8]. Plusieurs raisons : d'une part, le sujet s'aperçoit très vite des changements qu'il doit apporter dans sa vie pour prolonger et intégrer les prises de conscience qu'il a pu entrevoir pendant l'expérience psychédélique. Celle-ci constitue pour lui un « avant-goût » des possibilités réelles de sa conscience. Ce qui suscite, chez beaucoup, une motivation pour entretenir ces possibilités au quotidien, en pratiquant diverses méthodes thérapeutiques ou spirituelles et sans recourir à une substance. Souvent, les sujets se contentent de quelques prises, jugeant l'expérience trop intense et la substance trop précieuse pour en abuser.

Ce sont en outre souvent des produits qui font vivre des choses difficiles psychologiquement ou physiquement et ont parfois un mauvais goût : ce ne sont pas vraiment des candidats idéaux pour un usage récréatif ! Des plantes comme l'iboga ou l'ayahuasca continuent à avoir des effets positifs, sur la personne, des semaines, voire des mois après une seule prise (alors qu'il n'y a plus de substance dans le corps) : l'individu n'a donc pas besoin d'en reprendre immédiatement ni souvent. Rien de tel avec les drogues : après l'arrêt, non seulement le changement positif ne continue pas, mais apparaît une souffrance liée au besoin psychologique d'en reprendre pour vivre à nouveau un moment agréable.

Enfin, les PDL, lorsqu'ils sont employés de façon thérapeutique, ne nécessitent, dans la majorité des cas, que une à trois prises. Au-delà, s'il n'y a pas d'effet, pas la peine d'insister. On est bien loin du début d'une toxicomanie au long cours.

Seul bémol à ce tableau : l'ecstasy (MDMA), qui, par son action sur les neurones dopaminergiques, possède un danger (faible mais réel) de dépendance, chez les jeunes utilisateurs festifs, mais non dans les conditions d'utilisation médicale.

« C'est dangereux. On peut faire une overdose et mourir. »

La mesure classique de la toxicité aiguë d'un médicament est ce qu'on appelle l'« index thérapeutique » : le rapport entre la dose qui tue 50 % des sujets (LD50) et la dose qui est efficace dans 50 % des cas (ED50). Plus cet index est élevé, meilleur est le profil de sécurité du médicament. Or, pour les tryptamines (LSD, DMT, psilocybine, etc.), il est au-dessus de 600 ; ces substances ont donc peu de risques létaux si on les compare à d'autres comme l'aspirine, dont l'index est à 199, ou à la nicotine, avec un index à 21.

Les PDL sont paradoxalement d'un usage plus sûr que beaucoup de médicaments du commerce. Vous pouvez prendre cent fois la dose psychédélique habituelle de psilocybes ou de LSD et vous n'en mourrez pas, ni n'aurez d'atteinte organique. Faites la même chose avec de l'aspirine ou avec un traitement antidépresseur classique et vous ne pourrez plus lire la suite de cet ouvrage ni d'aucun autre, parce que vous serez mort !

Andrew Weil, dans sa préface à la nouvelle édition (2008) du livre de Grof sur le LSD, va même jusqu'à dire : « Dans des termes purement physiologiques, le LSD est la substance la moins toxique connue par la science. Il ne tue pas, même en cas de surdosage massif, et, en dépit des changements énormes qu'il produit dans la conscience, n'a pas d'effets négatifs ou durables sur le corps. » En 1967, l'administration américaine estimait que 8 millions de personnes avaient consommé du LSD : en 1969 l'article de McGlothin indiquait qu'il n'y avait aucune mort recensée suite à l'absorption d'une trop forte de dose de LSD. Dix ans plus tard, en 1977, les autorités estimaient que 20 millions de personnes avaient été initiées au LSD aux États-Unis et en Europe sans que le nombre total d'accidents attribuables à son utilisation n'atteigne le nombre de ceux produits par l'alcool en une seule journée.

Le degré auquel une substance altère l'esprit n'est lié en aucun cas avec celui auquel celle-ci crée un dommage physique. L'intuition du bon sens est donc fausse. En fait, il existe presque une relation inverse entre le danger physique et les effets psychoactifs parmi les substances de consommation de plaisir. Les cigarettes, qui n'ont que de faibles effets psychiques, sont parmi les plus dangereuses physiquement, alors que le LSD et la kétamine, qui produisent des états de conscience profondément modifiés, ont le moins d'effets durables sur le corps humain. Les états modifiés de conscience (EMC) ne sont pas toxiques pour le

corps. Les rêves que nous avons chaque nuit sont des EMC profonds qui sont essentiels pour la santé. En Angleterre, le LSD n'a pas été relié à plus de un mort par an, en moyenne, sur une durée d'observation de dix années, contre 115 000 morts par an pour la cigarette[9].

Concernant les deux plantes le plus souvent suspectées de dangerosité, et faisant pourtant partie de la famille assez sûre des tryptamines, l'ayahuasca et l'iboga :

– La dose létale d'ayahuasca est de cinquante fois la dose thérapeutique, soit 7,8 litres d'ayahuasca, ce qui est impossible à ingérer, vu son goût très désagréable et les vomissements qu'elle induit ; malgré le nombre de sujets ayant consommé de l'ayahuasca, seul un cas de mort relié à cette plante a été publié[10], un cas obscur qui demande une clarification des causes exactes[11] ; enfin, il a été montré que la prise au long cours et répétée d'ayahuasca est associée à une meilleure santé physique[12]. « La médecine de l'homme blanc vous fait vous sentir bien au départ, puis mal après ; la médecine de l'Indien vous fait vous sentir mal au départ, puis bien après. » Cette maxime chamanique[13] illustre ce qui est rapporté par de nombreuses personnes : elles se sentent rechargées à la fois physiquement et psychiquement après l'ayahuasca (c'est aussi vrai pour l'iboga d'ailleurs).

– L'ibogaïne est au niveau de l'aspirine pour la toxicité, selon le pharmacologue français Goutarel. Sur les 8 morts actuellement répertoriés suite à l'ingestion mal encadrée d'iboga, certains avaient en fait une pathologie incompatible avec la prise de cette plante, et d'autres avaient pris concurremment d'autres substances : c'est plus le déficit du processus de sélection des patients que l'iboga elle-même qui est en cause. Face à cela, soit on adopte la fameuse attitude de l'avocat qui dit : « Vous voyez, c'est très dangereux, il faut l'interdire », soit on adopte une attitude scientifique et l'on se rend compte que, rapporté au nombre de gens ayant pris de l'iboga, cela reste un chiffre bien

inférieur aux centaines de morts liés aux drogues de substitution (méthadone et Subutex), et plus encore aux milliers de décès dus aux drogues[14].

Si l'on s'intéresse à la famille des phénéthylamines, à l'index thérapeutique plus bas que les tryptamines, avec surtout la MDMA (l'ecstasy), la mortalité annuelle est de 4 pour un million d'utilisateurs. Ces morts proviennent de mécanismes qui ne sont pas spécifiques à l'ecstasy, mais communs à toutes les amphétamines[15], et résultent de causes qui, la plupart du temps, ne peuvent être séparées de la consommation d'alcool et d'un exercice physique intense, caractéristiques des « raves parties ». En revanche, aucun sujet n'est mort lors de l'utilisation thérapeutique de l'ecstasy en milieu médical.

Autre cas, une patiente, en Angleterre, morte après consommation de MDMA suite à une ingestion d'eau trop importante, alors que le risque réel dans ce pays de mort par MDMA est de 1 sur 650 000 à 1 sur 3 millions et qu'en même temps des milliers de gens mourraient dans ce pays des complications liées à l'alcool et au tabac. À New York, la mortalité liée à l'ecstasy a été évaluée à 2 personnes pour 110 millions de doses consommées.

Avec les hallucinogènes classiques (LSD, mescaline et psilocybine), il n'y a pas de toxicité physiologique. Ce sont surtout les réactions psychologiques qu'il faudra surveiller. En 1967, Cohen déclarait, à propos du LSD : « On ne connaît pas de mort directement causée par la toxicité du LSD. » Cette affirmation fut renouvelée vingt ans plus tard par Jaffe (1985) : « Chez l'homme, on ne connaît pas de mort attribuable aux effets directs du LSD. » Cette observation reste vraie de nos jours. Les hallucinogènes ne provoquent pas de modifications mettant en danger la vie dans les fonctions hépatiques, rénales ou cardio-vasculaires parce qu'ils ont peu ou pas d'affinité pour les récepteurs

biologiques des systèmes entretenant les fonctions végétatives vitales[16].

Certains symptômes physiologiques peuvent survenir comme des vertiges, de la faiblesse, des tremblements, des nausées, de la somnolence, des paresthésies (picotements, fourmillements, etc.), une vision brouillée, des pupilles dilatées, des réflexes tendineux multipliés, une augmentation modérée de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle[17]. Néanmoins, ces effets somatiques sont variables et relativement peu impressionnants, même à des doses fortement psychédéliques[18].

Dans son ouvrage *Drogues et dépendances*, l'INPES affirme, en dépit de toutes les données scientifiques, que : « Tous les champignons hallucinogènes sont vénéneux et présentent un réel risque d'être mortels[19]. » Or le seul champignon hallucinogène pour lequel un risque d'intoxication réel existe est l'amanite tue-mouches. Personne n'est jamais mort directement de la consommation de psilocybes hallucinogènes (les plus utilisés, et de loin, parmi les champignons dits « magiques »). Là aussi les consommateurs le savent, et si un organisme officiel comme l'INPES continue à diffuser de telles informations, il serait étonnant que les professionnels de santé qui les lisent puissent ensuite discuter de façon crédible avec leurs patients.

Jansen (2004) propose une réflexion pertinente sur la notion de risque, et la façon dont elle est manipulée par les gouvernements et les médias :

> « Tout ce que les gens font, depuis monter à cheval jusqu'à prendre de l'héroïne, possède un profil de risque : tant de personnes auront mal à la tête, tant seront malades, et tant mourront. Dire que quelque chose est sûr ou non dépend du niveau de risque que nous considérons comme acceptable. Il n'y a pas d'absolu. Par exemple, de nombreux gouvernements acceptent un très haut niveau de risque pour la boxe, incluant

un risque de lésions cérébrales irréversibles, mais considèrent les risques de fumer du cannabis comme étant inacceptables. Ces attitudes trouvent leur reflet dans le statut légal différent de ces deux divertissements. Le risque de mourir en montant à cheval a été montré identique à celui de prendre la "drogue tueuse" (?!) ecstasy (Saunders, 1997[20]). Les attitudes, aussi bien que les faits et les statistiques, définissent donc la notion de sécurité. La sécurité dépend aussi de variables comme qui, quoi, pourquoi, quand et où. Ce qui est sécurisé dans un hôpital peut être dangereux dans une discothèque, et de nombreuses choses qui sont sécurisées dans une discothèque ne le seraient certainement pas dans un hôpital. »

« Les psychédéliques peuvent détruire les cellules du cerveau. »

Non seulement c'est faux, mais les recherches actuelles font au contraire état d'une action protectrice et anti-dégénérative des psychédéliques sur le cerveau.

Les effets mentaux profonds du LSD ont pu faire croire, bon sens oblige, que cette substance devait endommager le cerveau. Il ne faut pas se fier aux apparences, et cette corrélation est erronée. L'injection répétée de doses massives de LSD chez l'animal n'a jamais eu aucun impact durable sur sa structure cérébrale[21].

Cette peur provient aussi d'erreurs de compréhension qui se sont transformées en rumeur : ainsi, la MDMA fut malencontreusement assimilée à une autre substance créant la maladie de Parkinson, parce que les deux avaient été présentées ensemble dans une même émission télévisée. Mais, plus grave, on retrouve le même type d'erreur dans des documents officiels distribués aux professionnels de santé. L'INPES[22] a diffusé en mars 2006 un ouvrage intitulé *Drogues et dépendances*, où il est dit que la MDMA

peut entraîner des maladies dégénératives du cerveau. Les organismes d'État discréditent leurs messages de prévention quand ils laissent passer de telles erreurs ; les usagers actuels ont accès à la littérature internationale *via* Internet, et en savent toujours plus long que les gens des ministères.

Notons aussi une curieuse tendance chez les chercheurs, surtout ceux commissionnés par des organismes d'État, pour prouver la toxicité des psychédéliques : ils administrent à des animaux des quantités massives (bien supérieures aux doses de l'utilisateur humain) du PDL testé, par voie d'administration souvent invasive (intraveineuse, voire pire, directement intracérébrale), de manière répétée et durable, donc d'une façon complètement opposée à ce qui se passe en recherche thérapeutique chez l'homme, pour ensuite s'étonner puis s'alarmer de certains troubles qui apparaissent chez ces pauvres animaux : imaginez ce que cela donnerait si on vous administrait de la simple aspirine dans les mêmes conditions : elle serait classée produit toxique impropre à la consommation ! Il fut un temps où les études sur l'ibogaïne étaient faites sur des rats et des chiens auxquels on administrait pendant plusieurs jours des doses qui correspondent à plus de dix fois la dose la plus forte recommandée pour le traitement antidépendance ; on remarquait une toxicité de l'ordre de 10 à 15 % sur les cellules du cervelet appelées « cellules de Purkinje ». Depuis, les recherches sur les primates ont conclu à une absence de toxicité sur le cerveau.

Il est bien moins connu du grand public que les PDL peuvent au contraire avoir une action protectrice, voire antidégénérative sur le cerveau. Ainsi, les indolalkylamines comme la psilocybine et la DMT (présente dans l'ayahuasca) ont une activité agoniste sérotoninergique sur les récepteurs de type 1A. Or l'action neuroprotective de ces agonistes a été démontrée chez différentes espèces[23].

De même, les ergolines, comme le LSD, ont une activité agoniste sérotoninergique sur les récepteurs de type 2A, qui semble aussi être de nature neuroprotectrice[24]. La kétamine et l'ibogaïne, par leur activité antagoniste du glutamate sur les récepteurs NMDA du cerveau, pourraient avoir un effet neuroprotecteur chez les patients ayant une attaque cérébrale. La kétamine possède un effet antiépileptique dans les études chez les animaux[25]. L'ibogaïne a été citée comme protectrice vis-à-vis de la neurotoxicité liée à la méthamphétamine[26].

L'ibogaïne est aussi évaluée dans le traitement de la maladie d'Alzheimer. Un brevet a été déposé il y a une dizaine d'années, dans cette indication[27], en se basant sur le fait que l'ibogaïne réduit le dysfonctionnement du système NMDA, qui entraîne des dommages dits « excito-toxiques » aux cellules nerveuses.

L'harmine (composant de l'ayahuasca), dont le rôle thérapeutique dans la maladie de Parkinson postencéphalitique était connu au début du XX^e siècle, fait à nouveau l'objet d'intérêt pour le traitement des diverses formes de maladie de Parkinson[28].

Deux chercheurs, Juan Sanchez-Ramos et Briony Catlow de l'Université de South Florida à Tampa, sont en train d'étudier l'action de la psilocybine comme facilitatrice de la naissance et du développement de nouvelles cellules cérébrales (neurogenèse) dans une aire du cerveau humain adulte appelée l'« hippocampe », associée à l'apprentissage et à la mémoire.

Enfin, certains faits semblent indiquer que, pour certains PDL au moins, les performances cérébrales et la créativité peuvent se trouver stimulées par leur consommation.

Au niveau des performances cognitives, l'étude de l'Hoasca Project, portant sur des consommateurs au long cours d'ayahuasca[29] dans le cadre de l'Église brésilienne UDV, montra non seulement qu'il n'y avait pas de déficits

cognitifs détectés chez ces personnes, mais qu'en plus la plupart d'entre elles avaient de meilleurs résultats que les sujets contrôles (ne consommant pas d'ayahuasca), concernant la facilité et le rappel verbal, les habiletés mathématiques et la concentration. Beaucoup des membres les plus âgés de cette Église, dépassant les 80 ans, ont été décrits dans cette étude comme bénéficiant d'une acuité mentale remarquable et d'une grande vigueur physique. Rappelons, dans un autre domaine, qu'Albert Hofmann, le père du LSD, est mort à 102 ans, après avoir testé de nombreuses fois les PDL, tout en soutenant, tout au long de sa vie, une activité intellectuelle de haut niveau.

Cette étude a aussi permis de constater qu'au long cours l'ayahuasca augmentait les performances aux tâches d'apprentissages verbaux à court terme, capacité qui diminue normalement avec l'âge, et peut être considéré comme un « développeur cognitif » ou médicament « nootropique »[30].

« Les psychédéliques favorisent la créativité. »

Plusieurs exemples montrent qu'ils peuvent en effet améliorer les capacités de résolution de problèmes ou la découverte de nouvelles idées, dans le domaine scientifique, lequel est pourtant présumé être celui de la raison et de la logique. On savait déjà depuis longtemps que les états modifiés de conscience pouvaient apporter des solutions aux hommes de science. Ainsi le chimiste allemand Friedrich August von Kekule, qui découvrit la structure du benzène grâce à un rêve. Ou Descartes lui-même, dont les célèbres rêves contribuèrent grandement à l'élaboration de sa philosophie (paradoxe ironique, les « cartésiens » ne croient pas en la valeur des expériences permises par les états modifiés de conscience).

Plus proche de nous, Francis Crick découvrit la structure en double hélice de l'ADN – la plus importante des découvertes biologiques du XX^e siècle – alors qu'il était sous l'influence du LSD. Cela lui valut d'ailleurs le prix Nobel (partagé avec James Watson). Le chercheur Kary Mullis, prix Nobel pour ses travaux sur les polymères, utilisa aussi le LSD pour avancer dans ses recherches. Mullis a été l'un des rares chercheurs de haut niveau à oser déclarer son utilisation de PDL. Mark Pesce attribue à la psilocybine le crédit de sa contribution à l'écriture de VRML, un langage de programmation de réalité virtuelle.

Harman et Fadiman (1970) administrèrent 200 mg de mescaline à 27 scientifiques. L'expérience psychédélique permit à ceux-ci de trouver de nombreuses solutions utiles et des nouvelles façons de penser, jugées valides selon les critères de la science positiviste.

« On peut devenir fou, rester "perché" toute sa vie ou bien se suicider. »

Un des risques potentiels (même s'il est rare) est l'apparition d'une réaction psychotique, pour une durée de quelques jours à quelques mois[31]. Ce risque semble n'exister que chez les individus ayant une fragilité antérieure à la prise[32]. La consommation du PDL déclenche alors un épisode psychotique qui serait de toute façon survenu ultérieurement, par exposition à un autre facteur de stress[33]. Alors que le LSD peut provoquer des phénomènes mentaux impressionnants lorsque la personne est sous l'effet de la substance, il n'y a pas de faits convaincants montrant qu'une simple prise puisse créer une pathologie mentale sévère durable chez des sujets n'ayant pas d'antécédents familiaux de maladie mentale[34]. Les médecins des années 1960 et 1970 furent autant influencés par les médias que le public, et la plupart

des affections psychiatriques décrites comme « induites par le LSD » concernaient en fait quelque chose d'entièrement différent[35].

Un épisode psychotique de plus de 48 heures sera extrêmement rare chez des patients bien sélectionnés, bien préparés, et bien suivis et soutenus pendant et après la séance de PAP[36]. Un bon cadre thérapeutique réduit grandement tout risque éventuel : par exemple, une relation de bonne qualité et un rapport de confiance établis avec l'accompagnant vont minimiser le risque de réactions négatives à la psilocybine[37].

Cohen (1960), lors d'une enquête auprès de chercheurs ayant administré de la mescaline ou du LSD, montra qu'une seule réaction psychotique de plus de 48 heures survint parmi 1 200 participants (des sujets sains, non des patients) lors des recherches (soit un taux de 0,8 pour 1 000). L'individu qui eut cette réaction était en fait le vrai jumeau d'un patient schizophrène, et aurait donc dû, selon les critères actuels, être exclu de la recherche. Les réactions psychotiques de plus de 48 heures s'avéraient légèrement plus « fréquentes » chez des patients prenant ces substances lors d'une psychothérapie que pour les sujets sains expérimentaux, avec un taux de 1,8 pour 1 000. Cohen (1960) découvrit aussi que le taux de tentatives de suicide et de suicides aboutis était de 1,2 et 0,4, respectivement, pour 1 000 patients. Le lien causal entre les suicides et la prise de PDL n'était évident que pour une portion de ces patients, et aucune tentative de suicide ni aucun suicide ne survinrent chez les 1 200 sujets expérimentaux sains.

McGlothin et Arnold (1971) font état d'un seul cas de psychose lors d'un suivi de 247 utilisateurs de LSD. Dans une autre étude, en 1971 par Malleson, le taux de complications pour 4 300 patients et 49 500 applications du LSD était de 0,07 % pour le suicide et de 0,9 % pour une crise psychotique durable. Bergman (1971) relève la fréquence

d'une réaction psychologique négative toutes les 70 000 ingestions de peyotl chez les membres de la NAC : et encore, seule 1 sur 5 de toutes ces réactions est un épisode psychotique aigu.

Si l'on compare ces données à la population de patients en psychothérapie classique, ou même à l'incidence de ces troubles dans la population générale, cela exonère définitivement les PDL. Quand on parle de suicide, on parle forcément de dépression, et l'usage médical des PDL est plutôt un facteur préventif des suicides, puisqu'il peut être efficace contre la dépression[38].

Côté psychose, les PDL ne semblent donc pas produire de psychoses *de novo* chez les gens émotionnellement sains. Quelques rares psychoses peuvent cependant être précipitées chez des individus déjà prédisposés[39] et chez lesquels n'importe quel autre facteur de stress aurait pu déclencher l'épisode psychotique : d'où l'importance de la sélection médicale des bénéficiaires d'une psychothérapie assistée par PDL. Nichols a effectué une recherche sur Medline, début 2003, concernant les cas de psychoses induites par LSD, et n'a trouvé que trois cas sur les 20 années précédentes. Pour Nichols, ce type de résultats est généralisable aux autres PDL.

Deux autres pseudo-associations causales entre PDL et psychoses sont fréquemment retrouvées : (1) celle liée au hasard : un sujet peut à la fois être psychotique et fumer du tabac : on n'impute pas au tabac la responsabilité de la psychose ; (2) on retrouve souvent un phénomène d'automédication chez les sujets commençant une psychose, qui prennent une substance pour calmer leur douleur psychologique, celle-là étant alors faussement mise en cause comme étant à l'origine de la souffrance.

Quand une substance d'utilisation largement répandue se voit associée à quasiment l'ensemble des troubles mentaux possibles, il y a fort à penser que l'on est plus en train de

décrire la pathologie psy rencontrée dans la population générale (qu'elle consomme ou non la substance) que les effets négatifs de la substance ! L'ecstasy est remarquable de ce point de vue car elle a été associée à toutes les pathologies psy. Si l'on examinait les troubles psychologiques présents chez les conducteurs automobiles, on obtiendrait peut-être la même liste, mais en conclurait-on que la voiture rend fou ? Quoique…

Il me paraît aussi très intéressant de relever que dans l'étude de Bergman (1971) des schizophrènes consommaient régulièrement du peyotl (mescaline) sans incidence négative pour eux, dans le cadre d'une pratique religieuse. D'autres ont signalé que les patients présentant des symptômes typiques de la schizophrénie étaient généralement capables de bien tolérer le LSD, peut-être du fait de leur habitude à naviguer dans des états modifiés de conscience[40] ou parce que leur cerveau produisait déjà des substances de type psychédélique comme mécanisme biologique de leur maladie[41]. Cela suggère pour le moins que les PDL ne constituent pas une cause directe de psychoses, mais peuvent tout au plus précipiter des épisodes psychotiques, chez des personnes ayant une maladie latente. Après tout, si les PDL interagissaient directement, de manière négative, avec l'un des systèmes neuronaux impliqués dans la psychose, alors leur utilisation devrait systématiquement provoquer une acumination des symptômes psychotiques, ce qui n'est pas le cas.

Pour Jansen (2004), il semble extrêmement improbable qu'une substance psychédélique puisse produire les changements nécessaires pour créer une psychose durable, quelle que soit l'intensité de l'expérience elle-même. Il y a certainement des gens qui deviennent paranoïaques pendant qu'ils prennent la substance, mais ils ne le restent pas quand elle est éliminée du corps, à moins qu'ils n'aient déjà une autre maladie sous-jacente. La plus forte évidence qu'une drogue puisse créer une psychose durable concerne

l'alcool, dont l'usage chronique conduit à l'« hallucinose alcoolique » (ou syndrome de Wernicke). L'alcool peut être l'une des rares drogues qui soit capable de causer les dommages organiques au cerveau nécessaires pour produire une psychose chronique.

En fait, le principal risque est que du matériel psychologique inconscient soit activé, et qu'un tel matériel, s'il n'est pas correctement élaboré et intégré psychologiquement, puisse conduire à des difficultés de nature non psychotique, comme des émotions négatives durables ou des symptômes psychosomatiques, se prolongeant au-delà de la séance[42]. Là encore, un soutien relationnel de bonne qualité par les assistants présents, avant, pendant et après les séances, va minimiser grandement le risque de perturbations psychologiques durables[43]. Fink (1966) dit aussi que le risque le plus grand n'est pas tellement de précipiter un état de type schizophrénique, mais plutôt de plonger le sujet dans un état modifié de conscience prolongé, avec diminution du contrôle émotionnel. On peut y voir une forme de PTSD (syndrome de stress posttraumatique) liée à l'intensité d'une expérience psychédélique qui aurait été mal vécue et mal intégrée, et une technique comme l'EMDR[44] permettrait peut-être de traiter ces rares cas.

« On peut faire un "bad trip", un mauvais voyage ou des expériences effrayantes. »

En effet, la détresse psychologique aiguë, ou *bad trip*, est un risque, le plus fréquent de la consommation d'hallucinogènes. Il se manifeste par une crise d'angoisse pouvant aller jusqu'à la terreur : crise de panique, troubles de l'humeur et paranoïa peuvent en constituer le tableau clinique. Les effets perturbants de cette crise peuvent être vécus dans différents domaines :

– sensoriels (par exemple des illusions sensorielles effrayantes),

– somatiques (conscience exacerbée des processus physiologiques),

– psychologiques (pensées ou sentiments perturbants concernant sa propre vie),

– et métaphysiques ou transpersonnels (pensées ou sentiments perturbants concernant des forces maléfiques fondamentales)[45].

Parce que le vécu émotionnel est souvent intensifié sous l'influence d'un PDL, ces effets peuvent entraîner des comportements dangereux chez un individu non préparé ou non encadré. Par exemple, la peur et des idées bizarres ont pu conduire des individus à une agression contre soi ou autrui[46], voire, dans des cas très rares, à des gestes qui ont mis fin à leur vie, comme sauter par la fenêtre d'un immeuble[47]. Si de tels incidents restent rares même lors d'une consommation sans préparation ni surveillance, les chercheurs et médecins utilisant les PDL doivent cependant les prendre très au sérieux et assurer toutes les mesures nécessaires pour en éviter la survenue[48].

Contrairement aux autres médicaments agissant sur le système nerveux central, les effets des PDL dépendent beaucoup de l'état d'esprit, des attentes et des motivations de l'utilisateur (cadre interne ou « set ») ainsi que des conditions matérielles et relationnelles entourant le sujet (cadre externe ou « setting ») lors de la prise du produit. Ces cadres ont une influence primordiale sur le déroulement et le contenu de l'expérience. Par exemple, une attitude mentale ou un environnement qui évoquent une intention religieuse vont grandement accroitre la chance que le PDL provoque une expérience spirituelle. À l'inverse, une utilisation dans un cadre non structuré, imprudente ou juste récréative peut susciter des conséquences imprévisibles et parfois psychologiquement dommageables. Le contexte socioculturel joue

aussi : la prohibition et la peur d'une répression policière ou un sentiment de culpabilité, lié à la transgression d'un interdit, peuvent favoriser des réactions paranoïaques.

Ainsi, lors des premières phases d'expérimentation clinique avec le LSD, les chercheurs voulaient démontrer que cette molécule reproduisait un modèle de psychose (souvenez-vous du terme « psychotomimétique »), et rien n'était donc fait pour en découvrir les effets positifs. Les sujets à qui l'on donnait du LSD dans des services hospitaliers étaient prévenus qu'ils allaient vivre des symptômes de la schizophrénie, et bien sûr la plupart vécurent des sentiments de panique, d'anxiété, avec une impression de devenir fous. L'ambiance hospitalière classique (avant que les chercheurs ne se rendent compte qu'il était nécessaire de la transformer radicalement, lors des expériences avec les PDL) prédéterminait les sujets à se voir comme des patients ou des victimes passives.

Voici le récit de l'écrivain Allen Ginsberg, à qui les médecins donnèrent du LSD, dans une chambre sans fenêtre, dans une clinique de Palo Alto :

> « Je pensais que j'étais pris au piège dans un réseau géant de forces au-delà de mon contrôle qui étaient peut-être en train de faire des expériences sur moi ou qui venaient peut-être d'une autre planète ou d'une sorte d'agence supra-gouvernementale ou d'un ordre militaire cosmique, comme un Big Brother de science-fiction. »

Un élément d'imprédictibilité est inévitable, même chez les utilisateurs expérimentés[49]. Mais la probabilité d'être submergé par des visions effrayantes est accrue lorsque des individus prennent le PDL sans préparation adéquate ni structure rituelle, conçue pour contenir et canaliser l'expérience.

Même dans de bonnes conditions d'utilisation,

l'expérimentateur peut avoir à traverser des passages difficiles, en contactant sa part d'ombre personnelle, et un certain nombre de sujets, pourtant bien préparés, vivent des expériences effrayantes ou désagréables. Ainsi, même dans l'étude exemplaire de Griffiths (2006), où les participants étaient extrêmement bien sélectionnés et bien encadrés, certains rapportèrent une anxiété importante ou un épisode paranoïde pendant la séance avec la psilocybine. Cependant, ces effets furent rapidement gérés par la réassurance fournie par l'accompagnant et ne persistèrent pas au-delà de la séance. Et ils n'empêchèrent pas ces participants de juger cette expérience comme très significative spirituellement et personnellement. Enfin, ils n'eurent besoin d'aucun médicament tranquillisant, ni d'appeler le médecin de garde de la recherche. Aucun de ces sujets n'évalua par la suite que cette expérience avait diminué en quoi que ce soit leur qualité de vie subjective ultérieure.

Albert Hofmann, interrogé par Gnoli et Volpi (2006), rappelait qu'avec le LSD en moyenne un voyage sur cinq est un *horror trip*, une expérience très difficile, qui révèle qu'en nous-même nous avons autant le paradis que l'enfer. D'où la nécessité de prendre des précautions. Quand Gnoli et Volpi demandèrent à Hofmann si l'on pouvait, dans des dispositions émotionnelles adéquates, faire en sorte qu'une expérience positive ait lieu, Hofmann répondit :

> « On a fait naturellement des expériences en ce sens, surtout en psychologie et en psychiatrie. Selon ce que nous sommes, selon les vécus qui nous occupent ou nous préoccupent, selon nos états mentaux, il est possible de supposer ce que le LSD fera émerger. Mais un contrôle authentique de l'expérience avec du LSD n'est pas possible. On ne peut donc pas réaliser un choix ou une option à volonté. Et c'est pour cela qu'il s'agit d'une expérience dangereuse. On ne peut jamais prévoir ce qui va survenir. Il est impossible de savoir si les vécus qui vont

émerger de l'inconscient vont être positifs ou négatifs. C'est pour cette raison que les substances hallucinogènes devraient être prises seulement sous le contrôle d'une personne compétente, d'un médecin ou d'un psychiatre… Chez les Indiens, leur usage était précisément soumis au contrôle du chamane. Il sait comment se préparer, quand et selon quelles doses la substance doit être prise. C'est pourquoi j'estime dangereuse une libéralisation complète des substances hallucinogènes. »

Et c'est aussi pourquoi il définissait le LSD comme son *Sorgenkind*, « l'enfant qui me cause du souci », « mon enfant difficile ».

Dans un environnement adéquat, les expériences de *bad trip* peuvent conduire à une transformation thérapeutique lorsqu'elles sont gérées par des professionnels aguerris, entraînés pour cette forme de thérapie. Aguerris, dans ce contexte, veut dire que le thérapeute a lui-même une expérience personnelle de la prise du PDL administré au patient. Dans un grand nombre de ses livres, Stanislav Grof a formulé une cartographie détaillée des procédures utilisables pour passer d'une expérience difficile à une percée vers une expérience transcendante[50].

C'est exactement comme en psychothérapie : parfois le patient doit passer par une phase difficile, pour pouvoir aller vraiment mieux après. La souffrance n'est bien sûr pas une fin en soi et, pour qu'elle ne soit pas traumatisante, elle doit être élaborée, prendre un sens, pointer vers une issue positive, être vécue dans le cadre d'un soutien. C'est alors que ce qui semblait un mauvais voyage débouche sur une expérience bouleversante d'amour et de révélation.

Quand on fait une psychothérapie et que du matériel psychique douloureux remonte chez le patient, appelle-t-on cela un *bad trip* ? Quand une radiographie révèle un cancer du poumon, accuse-t-on la radiographie d'être à l'origine du cancer ? Soulignons-le encore une fois, les PDL ne sont

que des révélateurs d'une vérité intérieure ou d'une autre réalité, extérieure.

En revanche, dans un environnement inadéquat, non thérapeutique, le *bad trip* peut être vécu de manière traumatique et laisser un souvenir marquant pouvant aller jusqu'à la reviviscence (même quelques années après). En France, Médecins du monde a créé depuis 1997 une « mission rave », pour prendre en charge sur place les *bad trips* survenant lors de consommation en milieu festif. L'intervention de soignants expérimentés permet de réduire l'impact traumatique et, dans un second temps, d'amener l'usager à se réapproprier son expérience. Qu'il puisse, une fois l'épisode aigu passé, avoir un regard critique sur son mode de consommation ainsi que sur les facteurs associés à la survenue du *bad trip*. Malheureusement, il reste encore beaucoup à faire dans ce domaine pour sensibiliser et former les soignants, notamment dans les services d'urgence[51].

« Il y a des "flash-backs" longtemps après »

Un flash-back (ou « retour d'acide », comme les nomment certains) consiste à refaire l'expérience de certaines modifications de la conscience et des perceptions induites par un PDL, à distance de la prise de la substance, alors que celle-ci a complètement disparu du cerveau de l'individu. On parle aussi de « troubles durables de la perception liés aux hallucinogènes » ou HPPD (*Hallucinogen Persisting Perception Disorder*), dans la classification américaine des maladies mentales (le DSM-IV-TR), lorsqu'ils entraînent une souffrance psychologique ou une altération du fonctionnement social. En fait, de nombreux utilisateurs illicites des PDL font état de quelques brèves anomalies visuelles survenant après l'utilisation de ces produits, mais seulement une minorité d'entre eux les trouvent

suffisamment perturbants pour qu'ils soient considérés comme un HPPD[52]. Alors que les médias, dans les années 1960-1970, mettaient en avant les flash-backs comme un facteur dissuasif de l'utilisation récréative des PDL, en réalité une grande partie des usagers qui en font l'expérience les trouvent plutôt agréables ou intéressants. Il est d'ailleurs curieux de noter que, dans les cultures traditionnelles, l'expérience visionnaire est vécue comme un phénomène positif, alors que, dans notre culture, les modifications de la perception sont considérées forcément comme un phénomène néfaste. Les premières études sur les utilisateurs de LSD[53] suggéraient que 12 % des sujets ayant moins de dix prises faisaient état de la présence de flash-backs, et qu'ils étaient moins fréquents dans des cadres médicaux que lors de prises illicites.

Les symptômes des HPPD sont mieux définis que les flash-backs : ils consistent le plus fréquemment en des interférences visuelles comme des pseudo-hallucinations géométriques simples (points, grilles, zigzags, spirales, etc.) ; la vision de halos, de flashs lumineux ou colorés, ou de traînées attachées aux objets en mouvement ; et la perception de faux mouvements sur les bords du champ de vision.

Récemment, Halpern et Pope (2003) ont passé en revue les HPPD, et ils en tirent trois constatations majeures.

– Premièrement, ils notent que le terme de flash-back lui-même a été défini de manières tellement différentes,qu'ils pensent qu'il est maintenant virtuellement sans valeur.

– Deuxièmement, ils remarquent que, quand le LSD (la substance à laquelle on attribue le plus ces HPPD) était utilisé dans un contexte de thérapie ou de recherche, l'HPPD apparaissait moins fréquemment que quand il était utilisé de manière récréative. C'est d'ailleurs tout aussi vrai avec les autres substances : par exemple, dans

la fameuse recherche de Griffiths (2006), où 36 participants recevant de la psilocybine avaient été soigneusement sélectionnés, il n'y eut aucun phénomène de perceptions persistantes chez les 30 sujets réévalués un an après.

– Finalement, Halpern et Pope relèvent que, du fait des différentes définitions du flash-back, il est impossible d'en connaître la réelle fréquence d'apparition. Ils concluent en disant qu'en se basant sur les millions de gens qui ont pris des PDL l'incidence de l'HPPD apparaît finalement faible.

Paradoxalement, les doses élevées de PDL peuvent être moins à risque que les doses moyennes ou faibles, car le sujet a moins la possibilité de résister et va plus se laisser aller afin de regarder en face ce que son esprit a produit. La résolution et l'intégration du matériel psychique surgi lors de la séance seront donc plus complètes, et le risque de flash-back moins élevé[54].

D'où viennent ces flash-backs ? Ces phénomènes peuvent être interprétés de plusieurs manières[55] : soit comme le résultat d'une modification neurophysiologique induite par l'usage d'hallucinogènes, soit comme la résultante d'une comparaison instantanée, faite par le sujet traversant un état de dépersonnalisation anxieuse « spontanée », avec le souvenir de ses expériences psychédéliques sous hallucinogènes. Une autre hypothèse consiste à penser qu'en cas de non-élaboration et de non-intégration du matériel psychique refoulé revenu à la conscience lors de l'expérience PDL, par défaut d'un cadre thérapeutique approprié, celui-ci peut devenir « traumatisant » et être à l'origine d'irruptions psychiques répétées, douloureuses et non désirées, comme dans le PTSD. Les flash-backs peuvent aussi traduire le fait qu'un nouveau canal de perception (des énergies, par exemple) s'est ouvert grâce à la prise du PDL, et on peut alors comprendre que, si le sujet sait s'en servir (s'il est

soignant par exemple), il a acquis une compétence supplémentaire.

En fait, dans la très grande majorité des cas, il existe souvent un phénomène inverse à celui du flash-back : les visions présentes lors de l'expérience psychédélique sont l'objet d'un travail progressif d'approfondissement, d'élargissement et d'intégration de leurs sens, qui s'effectue automatiquement par l'inconscient du sujet. Des semaines, des mois après, le sens des choses vues apparaît progressivement au gré des événements et de la maturation des esprits. Les chamanes disent que « la plante travaille » ou plutôt que chacun travaille avec la plante, à sa façon.

Concluons sur ce point avec Holland (2001) : il rappelle que les études montrent que les phénomènes deflash-backs, dans les rares cas où ils émergent, peuvent être contrôlés par les personnes qui les vivent, et qu'ils sont le plus souvent vécus comme agréables, ce qui tend à accréditer la thèse que ces phénomènes ne sont habituellement pas dangereux et ne font pas souffrir les gens.

« Il y a une descente aux enfers au retour du voyage (un "crash") »

Non. Il n'y a pas de phénomène d'effondrement dépressif ou d'épuisement, ce que l'on appelle un « crash » après la prise d'un PDL. Au contraire, très souvent, le sujet se sent bien, en pleine forme, débordant d'énergie, comme régénéré.

Les descentes, ou crashs, sont induits par les drogues, soit par un mécanisme biologique (épuisement des ressources cérébrales en catécholamines, comme avec les amphétamines et la cocaïne), soit par un mécanisme psychologique (retour à la réalité, à son caractère déprimant et à ses frustrations, comme avec l'héroïne). Au niveau des effets

biologiques, en l'absence d'une nouvelle prise de drogue, surviennent une grande fatigue, une perte d'entrain et une forte tendance dépressive ; ainsi, la déprime qui s'ensuit pousse à reprendre de la drogue à intervalles toujours plus courts, souvent jusqu'à épuisement total. Des troubles de la mémoire et les déficits cognitifs peuvent durer de quelques jours à plusieurs semaines.

Mais, répétons-le bien ici, ces phénomènes n'apparaissent pas avec les PDL.

« Ça rend les gens dangereux, pour eux-mêmes et/ou pour les autres. »

Au contraire ! Loin de créer des sociopathes ou des psychopathes, les PDL, pris de manière ritualisée dans un cadre communautaire, soudent les membres d'une même culture, et augmentent la présence et la qualité du soutien social. Les études ont pu constater une amélioration du comportement social des membres de l'Église de l'UDV prenant de l'ayahuasca[56]. Les pratiques religieuses associées au peyotl ont permis aux Indiens natifs d'Amérique du Nord de se ressouder et de revitaliser leur culture en voie de désagrégation[57].

On a imputé des effets prosociaux aux tryptamines comme l'ayahuasca ou la psilocybine parce qu'elles s'opposent, de par leur action biologique rapide sur le système sérotoninergique cérébral, au syndrome dit de « déplétion sérotoninergique », qui est associé à des comportements antisociaux ou d'autoagression[58].

Notons brièvement quelques autres faits en faveur du retentissement social positif des PDL. Contrairement à ce que l'on pourrait facilement croire, les utilisateurs réguliers de MDMA sont moins agressifs que la moyenne des gens[59].

Le LSD et la psilocybine on été employés, avec un certain succès, pour réduire le taux de récidives criminelles chez des détenus[60]. Dans l'étude de Griffiths (2006), deux mois après l'ingestion de psilocybine, les participants firent état d'une plus grande amélioration que le groupe placebo concernant leur sociabilité, au niveau tant de leurs attitudes que de leurs interactions et de leurs comportements. Un an après l'étude, ils demeuraient des membres tout à fait productifs de la société.

Rappelons-nous les hippies, communauté dont l'idéologie et les pratiques s'établirent sur la base d'une expérience intensive du LSD (Morin, 2008). C'était tout sauf une communauté violente. Elle prônait le respect de la vie, la reconnaissance de la dignité humaine, le pacifisme, la fraternité universelle, la convivialité et le partage des biens. Les hippies étaient bien vécus comme des gens dangereux, mais par les conservateurs américains.

« C'est un truc de hippies, de la contre-culture. L'utiliser comme un médicament, c'est de l'antipsychiatrie. »

Contrairement à l'usage chamanique ou médical antérieur, il est vrai que, dans les années 1960, certains ont utilisé les psychédéliques, et principalement le LSD, comme instrument politique de remise en cause de l'ordre social. Le LSD a souffert du vent de liberté qu'il insuffla au cours de son usage de masse, inspirant hippies, révolutionnaires, fanatiques du rock and roll, penseurs anticonformistes, et autres éléments de la société que la culture dominante d'alors perçut inévitablement comme antisociaux et subversifs. Toute société possède ses propres mécanismes d'autodéfense et d'homéostasie, et la tentative de passage en force d'une contre-culture utilisant le LSD comme cheval de bataille ne pouvait que conduire à une

réaction conservatrice extrême. C'est sans doute ce qui explique que le LSD fut classé dans le même groupe que l'héroïne, c'est-à-dire « sans utilité médicale et dangereux ». Cette image sulfureuse est encore vivace aujourd'hui : ainsi, quand j'ai proposé à d'autres collègues psychiatres de jeter un œil sur les travaux actuels prometteurs de la recherche sur le LSD, j'ai pu entendre, avant tout examen sérieux de ma proposition, que c'était le retour de l'antipsychiatrie, du totalitarisme et de Timothy Leary !

Qui est ce fameux Timothy Leary, et pourquoi a-t-il nui à l'image des PDL ? Leary est tout d'abord un psychologue qui a suivi une brillante carrière universitaire qui l'a conduit à Harvard en 1958. Les premiers chercheurs et thérapeutes – Grof, Stolaroff et Janiger, parmi d'autres – qui travaillaient déjà depuis des années avec les PDL avant que Leary ne s'engouffre sur leurs traces avaient intentionnellement maintenu un profil bas : ils étaient bien conscients du potentiel révolutionnaire et du changement de paradigme qu'impliquaient leurs travaux, et ils étaient conscients qu'ils devaient progresser lentement et prudemment pour ne pas risquer le rejet du courant majoritaire. Leary, nouveau venu dans la recherche psychédélique, invalida cette stratégie précautionneuse. Il choisit de répandre en masse l'utilisation du LSD en utilisant les médias pour faire passer aussi vite que possible le message psychédélique. Leary fut alors renvoyé de Harvard, et, dans les années qui suivirent, ses déclarations devinrent de plus en plus provocatrices. Il utilisa les médias pour disséminer des messages effrayants et radicaux[61], qui conduisirent à une réaction de panique prévisible : « Je dirais qu'à présent notre société est si folle que, même si les risques étaient de 50-50 que la prise de LSD vous rende fou pour toujours, je pense que ce risque vaut la peine d'être tenté. » Leary insistait pour que tous les jeunes gens d'Amérique utilisent le LSD afin de détruire leur ego, avec l'aide de la réécriture superficielle qu'il fit

du *Livre tibétain des morts*. Il ne se rendait pas compte de la différence majeure entre un psychologue de Harvard âgé de 40 ans, qui choisissait d'abandonner ses rôles sociaux, et un adolescent de 16 ans. Cet « anéantissement de l'ego » conduisit beaucoup de consommateurs à une quête nihiliste et nocive.

L'approche superficielle de Leary manquait d'un cadre profondément enraciné permettant les processus de séparation, de transcendance et de réintégration, que les cultures chamaniques avaient mis au point depuis (approximativement) 75 000 ans. Il voyait dans le LSD une façon de déconditionner et de déprogrammer les gens, pour qu'ils rompent avec l'hypnose de la culture consensuelle. Mais ni le LSD ni Leary ne pouvaient répondre à cette question fondamentale : une fois que l'ego d'un individu était libéré de ses rôles sociaux, qu'était-il supposé faire ? C'est une bonne chose que d'accroître les perceptions et de déconditionner l'ego, mais il faut aussi être capable de retourner, quand nécessaire, à la réalité consensuelle.

Cependant, à cette époque, le LSD a eu bon dos : on l'accusa de maintes nuisances dont il n'était pas responsable. Ainsi, on lui attribua la mort de nombreuses rock-stars de l'époque comme Sid Barret, Jimi Hendrix, Janis Joplin, Brian Jones, Jim Morrison et Brian Wilson. En réalité, ils furent détruits physiquement ou psychologiquement par des overdoses d'alcool et d'opiacés, justement parce que les psychédéliques avaient été interdits.

De nos jours, en visant simplement le retour des psychédéliques dans le cadre de la recherche médicale, il n'est bien sûr plus question de chercher à provoquer un changement de société ni de proposer une consommation de masse sans limites ni précautions. On peut au contraire tirer profit des extravagances commises dans les années 1960 pour proposer une approche bien plus pondérée et plus prudente. Il ne s'agit plus d'opposer une culture à une autre, mais bien plutôt

d'intégrer progressivement les meilleures inspirations que l'expérience psychédélique peut apporter à notre culture.

« Ce sont des hallucinations, ou des fantasmes, mais ce n'est pas la réalité. »

Même si les visions permises par les PDL ne sont que des expériences symboliques ou fantasmatiques, l'important, ce qui est ici visé, concerne les résultats thérapeutiques positifs maintes fois démontrés.

Toutefois, interrogeons-nous sur le statut de ces « hallucinations ». Les PDL provoquent des distorsions sensorielles, mais non de véritables hallucinations. Le terme d'« hallucinogène » est donc inexact quand on l'applique aux PDL classiques (voir page 19) : il hypertrophie de façon inadéquate les effets perceptuels, négligeant ainsi les effets majeurs sur les cognitions et les émotions. Les psychopharmacologues définissent en fait comme « hallucinogène » tout agent chimique qui génère des modifications dans les perceptions, pensées et émotions, en présence d'une conscience demeurée toutefois claire et lucide.

De toute manière, la perception de la réalité par notre cerveau est en fait déjà un processus hallucinatoire qui nous fait voir la matière autre que ce qu'elle est en réalité : principalement de l'énergie et du vide, selon la physique quantique. Le fonctionnement « normal » du cerveau consiste à halluciner la réalité, sous l'emprise d'un de ses principaux neuromédiateurs, la sérotonine : on appelle cela percevoir la « réalité ordinaire ». Pourquoi donc les hallucinations du cerveau fonctionnant sous une substance très proche de la sérotonine (ex. DMT) seraient-elles moins vraies ? En fait, dans les deux cas, il ne s'agit pas d'hallucinations mais bien de lentilles différentes qui révèlent deux réalités très réelles mais légèrement décalées[62], deux facettes

d'une réalité hypercomplexe et multidimensionnelle telle que celle explorée par la physique quantique. Pour Heaven et Haring (2006), les plantes sacrées fournissent un moyen de sortir de nos hallucinations occidentales collectives, de notre hypnose négative, et d'enrichir et de changer nos visions.

Gordon Wasson, un banquier new-yorkais vice-président de la célèbre banque J.P. Morgan, raconte ainsi sa première expérience de consommation de champignon à psilocybine, en présence de la non moins célèbre *curandera* Maria Sabina : « Je sentis que j'étais maintenant en train de voir pleinement, alors que la vision ordinaire ne me procure qu'une vue imparfaite. J'étais en train de voir les archétypes, les Idées platoniciennes, qui sous-tendent les images imparfaites de la vie quotidienne. »

« Les psychédéliques, le chamanisme et le néochamanisme, tout cela relève d'une secte. »

Pour éviter tout soupçon de dérive sectaire, il faudrait rendre l'utilisation médicale des PDL légale et transparente. Mais, avant cela, il est important de communiquer, de faire savoir et non pas d'interdire, ce qui suscite un appel à la transgression. Comment ? En reconnaissant les résultats des études déjà effectuées, en réintroduisant la recherche en France et en autorisant des indications médicales ciblées pour les patients qui pourraient le plus en bénéficier. Cela évitera les projections fantasmatiques de certaines personnes qui énoncent, sans preuve, et par affirmation plus que par démonstration, les mots de secte, de « soumission chimique », chaque fois que les mots chamanisme et psychédélique sont prononcés. En France, il existe actuellement une sorte de chasse aux sorcières moderne, menée par certaines organisations antisectes ; ces associations peuvent faire un

travail tout à fait bénéfique lorsqu'elles mettent en évidence de véritables sectes ou des pratiques dont la dangerosité est établie. Mais elles ont parfois elles-mêmes une attitude rigide et fermée, qui pourrait conduire à les transformer elles-mêmes en « sectes antisectes ». Avant de taxer toute utilisation de la médecine traditionnelle ou énergétique automatiquement et abusivement de phénomène sectaire, avant de parler de « soumission chimique », de manipulation et d'abus de pouvoir, il faut enquêter, observer, écouter. Les *a priori* ne profitent à personne.

Il est vrai que les familles, tout particulièrement, ont peur si l'un de leurs proches consomme des psychédéliques, surtout dans le cadre d'un usage ritualisé chamanique. Pourtant, c'est justement dans ces conditions qu'elles devraient être le plus rassurées, tant le cadre chamanique est porteur de sécurité d'utilisation. Si les familles réagissent autant, c'est souvent par amour et en croyant bien faire. Mais c'est parfois aussi par jalousie ou par intolérance vis-à-vis des changements qui s'opèrent chez l'un de leurs membres, qui, grâce aux prises de conscience permises par les PDL, n'a plus envie de jouer les jeux relationnels pathologiques de naguère. En effet, comme dans toute psychothérapie, la personne peut changer et devoir rentrer en conflit avec ses proches, et même avoir besoin de s'éloigner d'eux ; c'est là que certaines familles (fonctionnant, elles-mêmes, de façon sectaire) ne supportent plus leur perte d'emprise sur leur jeune et reprochent alors (par le mécanisme psychique bien connu de projection) aux thérapies psychédéliques (ou énergétiques, ou émotionnelles, bref, tout ce qui fait trop bouger et changer) d'exercer une emprise sectaire.

Selon l'UNADFI[63], qui soutient les familles contre les dérives sectaires, l'un des critères de caractérisation d'une secte est la « destruction » (mis par moi entre guillemets) de la famille : « critiques, attaques, injures,

calomnies. Éloignement, rupture de la relation parent/enfants. Séparations, divorces ». Mais alors comment différencier ces retombées familiales, parfois inévitables et même occasionnellement salutaires lors d'une psychothérapie réussie, d'avec une soumission sectaire ? Là encore, l'UNADFI propose des clefs :

> « À la base, il doit y avoir une escroquerie intellectuelle, morale et financière ; une secte s'évertue à rendre le retour impossible. Les sectes utilisent des techniques "psy", quelquefois de manière remarquable. Mais le danger réside dans l'objectif de la secte ; celle-ci, en effet, a une stratégie d'enfermement du "patient". Le psychothérapeute a, au contraire, une stratégie d'autonomisation du patient. Le gourou recherche une mise en dépendance de la personne pour la transformer en aliénation. Le psy, *a contrario*, donnera à son patient, au travers d'une dépendance momentanée, les moyens de rechercher et d'utiliser ses propres ressources. S'il faut être attentif à la finalité des techniques utilisées, il ne faut donc pas rejeter pour autant les techniques psy ; elles constituent, en effet, des outils indispensables au soulagement et au traitement des troubles, ainsi qu'au développement personnel. »

Les pratiques chamaniques et leur utilisation ritualisée des PDL (tout particulièrement avec l'ayahuasca et l'iboga) ne répondent à aucun des critères sectaires proposés par l'UNADFI.

« Les psychédéliques peuvent nous soumettre à quelqu'un, nous rendre dépendant de lui. »

Les états modifiés de conscience, quels qu'ils soient, qu'ils proviennent ou non de pratique chamanique, induisent, il est vrai, un certain état de suggestibilité. Mais

celui-ci peut s'avérer être un levier essentiel du changement thérapeutique. La plupart des psychothérapies induisent ou utilisent d'ailleurs la suggestibilité du patient pour amener le mental de celui-ci à lâcher ses conditionnements négatifs et à adopter de nouveaux schémas de vie plus adaptés et plus productifs[64]. Évidemment, tout dépend de la moralité, des intentions et de l'éthique du thérapeute, c'est-à-dire la façon dont il va utiliser cette suggestibilité.

De ce côté-là, les traditions chamaniques sont irréprochables : leur but est de soigner et de protéger la communauté, et de redonner à chaque individu de la société toutes ses forces pour qu'il vive pleinement, authentiquement et individuellement sa vie d'être humain. Un bon chamane est comme un bon médecin : son but, c'est que le consultant n'ait pas besoin de retourner souvent à lui. Ralph Metzner (2006) a visité de nombreuses Églises utilisant les PDL comme sacrements, que ce soit en Amérique du Sud, en Amérique du Nord ou en Europe. Il fait ainsi état de son expérience :

> « En rencontrant des gens des différentes Églises, aucun n'a cherché à m'influencer pour rejoindre sa religion particulière ou pour accepter son idéologie, mais j'ai néanmoins beaucoup apprécié leurs valeurs, qui sont de nature humaniste et apportent leur soutien à la famille et à la communauté. »

En outre, les sujets sous l'effet des PDL ne sont pas toujours si suggestibles que cela : ils vivent souvent une expérience qui leur est unique, indépendante des rituels, des croyances et de la cosmogonie très particuliers liés à la plante utilisée et au type de chamanisme local en encadrant l'usage. Ce qui montre qu'ils ne sont pas en état de soumission chimique, mais bien plutôt en train de rencontrer leur propre vérité intérieure, aidés en cela par la plante psychédélique.

Souvent, les organisations antisectes ironisent sur les chamanes qui font payer leurs services, laissant sous-entendre qu'il s'agirait là d'un exemple typique d'escroquerie financière. Peut-on se faire hospitaliser et soigner en France gratuitement ? Les gens pauvres (parce que, dans les pays où exercent les chamanes, le niveau de vie est bien moins élevé qu'en France, rappelons-le) n'auraient-ils pas le droit de gagner de l'argent ?

Enfin, de plus en plus de soignants occidentaux s'initient au chamanisme par le biais du néochamanisme. Le terme de chamane provient de Sibérie. Actuellement, on l'emploie pour toute pratique de soins et de divination qui implique l'induction intentionnelle d'un état modifié de conscience, appelé « le voyage chamanique ». Celui-ci permet au chamane d'entrer dans la « réalité non ordinaire », pour y puiser un savoir et un pouvoir thérapeutiques, grâce aux esprits vivant dans ces « autres mondes ». Les deux principales techniques chamaniques pour entrer dans ces états modifiés de conscience sont les percussions rythmiques, pratiquées plus dans l'hémisphère Nord (Asie, Amérique et Europe) et les plantes ou champignons hallucinogènes, utilisés plus sous les tropiques, et particulièrement en Amérique centrale et du Sud. Les premières sont enseignées actuellement, en Europe et aux États-Unis, grâce à la FSS (Foundation for Shamanic Studies), créée par le Pr américain Michael Harner, qui a rassemblé les éléments centraux de toutes les formes de chamanisme sans prise de substance, pour les enseigner au plus grand nombre et diffuser ainsi un chamanisme adapté à notre monde moderne[65]. Harner n'a jamais qualifié son travail de « néochamanisme » : c'est une invention des anthropologues modernes, et je préfère éviter cette appellation, qui est souvent employée de manière péjorative pour évoquer une sorte de « chamanisme New Age ». Harner a voulu démontrer que résident en chacun de nous de réelles capacités chamaniques, pourtant négligées,

voire ridiculisées, par notre société. L'Occidental moyen n'ira bien sûr jamais aussi loin dans l'exploitation de ces capacités qu'un chamane indigène entraîné depuis sa naissance et soutenu par sa communauté. Il n'en reste pas moins qu'il est erroné d'appeler néochamanisme ses tentatives de renouer avec ce savoir ancestral[66].

On reproche aux Occidentaux qui ont fait l'apprentissage du chamanisme de jouer aux apprentis sorciers ou d'être des charlatans. C'est oublier que, grâce à cette formation néochamanique, ils sont plus aptes que quiconque à instaurer un encadrement ritualisé et sécurisé de l'expérience psychédélique et à fournir des garanties de son bon déroulement. D'ailleurs, le cadre thérapeutique moderne mis en place dans les recherches en cours sur les psychédéliques s'est beaucoup inspiré lui aussi des traditions chamaniques millénaires et contient donc de nombreux aspects comparables aux pratiques néochamaniques.

« Y a-t-il une explication scientifique aux phénomènes extraordinaires survenant en état modifié de conscience ? »

Certains phénomènes décrits par les consommateurs de psychédéliques impliquent une rupture du continuum espace-temps, la possibilité d'être en connexion instantanée avec tous les points de l'univers, et un rôle organisateur de la conscience sur la matière et sur les flux d'énergie : est-ce scientifiquement possible ? La physique quantique répond « oui ».

Le Dr Stanislav Grof écrit dans *Beyond the Brain* (« Au-delà du cerveau ») :

> « La pensée scientifique qui prévaut actuellement en médecine, psychiatrie, psychologie et anthropologie représente une extension directe du modèle newtonien-cartésien de l'univers,

développé au XVII[e] siècle. Puisque toutes les hypothèses de base de cette façon de concevoir la réalité ont été remises en cause par la science physique du XX[e] siècle, il semble naturel de s'attendre à de profonds changements tôt ou tard dans toutes les disciplines qui en sont les dérivés directs. »

La physique quantique offre des possibilités d'explications scientifiques des phénomènes extraordinaires observés en état modifiés de conscience. Le cerveau lui-même, sous l'influence des PDL pourrait se transformer en « ordinateur quantique » et être capable d'interagir d'une nouvelle manière avec l'univers, l'énergie, la matière.

David Bohm[67], physicien de Londres, protégé d'Einstein et l'un des physiciens quantiques les plus respectés au monde, écrit :

« Nous pouvons raisonnablement nous demander si l'étroite analogie entre les processus quantiques et nos expériences intérieures ainsi que nos processus de pensée est une coïncidence... La remarquable analogie, point par point, entre les processus de pensée et les processus quantiques suggérerait qu'une hypothèse reliant ces deux champs aurait bien des chances d'être productive. Si une telle hypothèse pouvait être vérifiée un jour, elle expliquerait bien des nombreuses caractéristiques de notre pensée... »

Karl Pribram, un neurophysiologiste réputé de l'Université de Stanford, quant à lui, s'exprime en ces termes :

« Dans le cerveau, quand nous regardons les impulsions électriques voyageant à travers les neurones, et les structures qui apparaissent pendant que ces billions de neurones interagissent, on peut dire que c'est analogue... aux processus qui se déroulent au niveau quantique... Si nous avons vraiment raison de penser que ces phénomènes de type quantique...

> s'appliquent, tout au long de nos processus psychologiques, à ce qui se passe dans le système nerveux, alors nous avons peut-être une explication, en tout cas nous avons certainement un parallèle, au type d'expériences que les gens ont appelées expériences spirituelles. Parce que les descriptions que l'on obtient des expériences spirituelles semblent parallèles aux descriptions de la physique quantique. »

L'ouvrage *The Holographic Universe*[68], du physicien Michael Talbot, résume ces conceptions et comporte par ailleurs tout un chapitre sur le LSD, comme exemple d'application de la physique quantique à la psychologie. Le Dr anglais Karl Jansen (2004), membre du Royal College of Psychiatrists, parle de la kétamine comme d'un produit introduisant le cerveau dans l'univers quantique, et fait notamment référence aux travaux de Bohm.

Les travaux de David Bohm et de Karl Pribram portent un regard neuf sur le monde : nos cerveaux construiraient une réalité « concrète » irréelle, et la réalité objective n'existerait pas.

Cette idée n'est certes pas nouvelle puisque, depuis des siècles, les philosophes ont dit que le monde matériel était une illusion, comme l'est la perception de nous-mêmes en tant qu'êtres physiques dans un monde physique. Mais ce qui est remarquable, c'est que la science moderne est en train de le prouver. Elle donne un sens à un vaste éventail de phénomènes si difficiles à cerner qu'ils restaient jusqu'à présent exclus de son champ.

En 1987, dans son ouvrage intitulé *Synchronicity : The Bridge between Matter and Mind*, le physicien canadien David Peat de la Queen's University soutient que la synchronicité – une coïncidence insolite et si riche de sens qu'elle ne peut résulter du seul hasard – trouve son explication dans le modèle quantique. Elle traduirait ce fait si difficile à admettre : les processus de pensée sont bien plus intimement

connectés au monde physique que nous ne le soupçonnions.

Certains physiciens sont allés jusqu'à considérer que la conscience jouait un rôle dans toute la création de l'univers, incluant la matière vivante ou inerte, et n'est pas un simple produit du cerveau[69]. Le cerveau ne serait qu'un émetteur-récepteur capable de nous connecter à la conscience. Les états modifiés de conscience, et notamment ceux obtenus sous PDL, augmenteraient grandement cette capacité. C'est aussi ce qu'exprime, d'une autre façon, l'astrophysicien James Jeans dans *The Mysterious Universe* :

> « De nos jours, il existe un consensus – et, en ce qui concerne les sciences physiques, il est presque unanime – pour dire que le courant de la connaissance est en train de s'orienter vers une conception non mécanique de la réalité. L'univers commence à se présenter plus comme une grande pensée que comme une grande machine. L'esprit n'apparaît plus comme un intrus accidentel dans le royaume de la matière ; nous commençons à nous rendre compte que nous devrions plutôt saluer en lui le créateur et l'organisateur de ce royaume de la matière… »

Ici, on voit à quel point la science rencontre la spiritualité et rejoint les observations effectuées dans le cadre de la recherche psychédélique.

Pourquoi tant de mythes et d'idées fausses sur les psychédéliques ?

Le rejet de l'utilisation médicalisée des psychédéliques provient de processus psychologiques, les « biais cognitifs », que nous allons décrypter ensemble. On lit régulièrement,

dans la presse, des articles catastrophistes entretenant l'idée que les psychédéliques seraient des drogues, forcément nocives : ils montent en épingle les quelques rares incidents et omettent de citer les millions de prises de PDL qui se sont bien déroulées – il est vrai que la presse s'intéresse toujours aux trains qui déraillent, jamais à ceux qui arrivent à l'heure. C'est un peu comme si l'on se focalisait uniquement sur les accidents de la route pour dire que la voiture doit être supprimée, négligeant l'immense majorité des trajets quotidiens effectués par des millions de personne qui, heureusement, se déroulent sans encombre. Les thérapeutes cognitifs parleraient de mécanisme d'*abstraction sélective* (prendre un fait hors de son contexte et ne se focaliser plus que sur lui) accompagnée de *généralisation abusive* (déclarer que ce fait représente toute la réalité).

De la même façon, demander à des urgentistes ou à des policiers de parler des PDL, c'est comme demander à un avocat spécialisé dans le divorce de nous parler du mariage et de ses bienfaits : cela me semble une source d'information biaisée, et, jusqu'alors, usagers et spécialistes des PDL n'ont pas eu assez le droit à la parole.

La presse et les pouvoirs publics procèdent à la façon des avocats : ils partent du principe que les psychédéliques sont dangereux et ils se contentent de rassembler les faits qui semblent corroborer leur postulat, en ignorant les faits qui les contredisent. Par exemple, concernant la dangerosité, un avocat de la nocivité des PDL affirmerait qu'ils sont dangereux, en disant : « La preuve, un jeune s'est suicidé après une prise de substance. » Un scientifique, pour sa part, observe que, sur des milliers de gens ayant consommé des PDL, le taux de suicide n'est pas plus élevé que dans la population générale[70]. Dira-t-on dans les médias qu'un jeune s'est suicidé *à cause* de l'alcool quand il y a eu prise concomitante de ce toxique chez un jeune dépressif ? Non. Et pourtant, si l'on suivait la logique médiatique, tous les

jours il faudrait publier un article à ce sujet. Interdit-on l'alcool pour autant ? Non, alors que les politiques interdisent les psychédéliques, par souci de la santé de nos concitoyens. L'étude de Rossow[71] montre cependant que le risque de suicide sur la vie entière est de 0,63 % chez les non-alcooliques et de 4,76 % chez les alcooliques : l'abus ou la dépendance augmentent donc par 8 le risque ; une autre étude de Sjogren[72] établit la présence de 36 % d'abus et de dépendance à l'alcool dans la population des morts par suicide.

Tout à l'opposé, l'étude de Cohen (1960) portant sur 2 500 patients a montré que la fréquence des suicides chez les personnes prenant du LSD est de 1/800 chez des patients psychiatriques et de 0 chez des sujets sains dans des études sous surveillance médicale.

Les cas d'incidents dramatisés et parfois faussement attribués aux PDL[73] dans les médias sont capables d'influencer les attitudes des professionnels, mais n'ont pas de valeur scientifique. Néanmoins, ceux-ci ont dominé la scène publique jusqu'à maintenant. La controverse est évidente : quelqu'un jugerait-il l'utilité d'un médicament approuvé par l'Agence française du médicament, et commercialisé par l'industrie pharmaceutique, sur la seule base de son abus par certaines personnes et par une utilisation inconsidérée en dehors du cadre médical ? Probablement pas. Jusqu'à maintenant, en France, les hallucinogènes n'ont pas pu bénéficier d'évaluation sérieuse de leur intérêt, avec une attention scientifique neutre, et par des méthodes de recherche éprouvées. La seule évaluation s'est faite sur les cas d'abus rapportés. Le bénéfice du doute n'a même pas été appliqué à ces substances. Si l'on ne tient compte que des incidents sans les mettre dans le contexte des bénéfices thérapeutiques, alors il faudrait fermer les hôpitaux en France : en effet, les affections nosocomiales (maladies liées au passage à l'hôpital) tuent entre 4 500 et 5 000 personnes en France par an.

Il existe de nombreuses croyances sur les dangers présumés des PDL. Lorsque ces dangers s'avèrent par la suite invalidés par la science, les médias ne s'en font pas toujours l'écho. Dans le langage de la psychologie cognitive, ce biais est appelé « maximalisation du négatif » et « minimalisation du positif ». Par exemple, au début des années 1970, la presse focalisa énormément l'attention des lecteurs sur les supposés dommages chromosomiques et anomalies congénitales des bébés nés de mères ayant pris du LSD pendant leur grossesse. Plus tard, les résultats négatifs d'études plus rigoureuses et mieux contrôlées[74] réfutèrent ces thèses alarmistes, mais ces résultats qui réhabilitaient le LSD furent très peu repris dans les médias.

Autre remarque – ici il ne s'agit pas d'un biais cognitif, mais de mauvaise foi –, il suffit, pour les autorités politiques et sanitaires, d'un seul incident pour condamner une substance, sans prendre en compte la façon dont cet incident s'est déroulé. C'est ce qui s'est produit pour le seul cas de mort par consommation d'iboga signalé en 2005 en France et qui a conduit au classement de l'iboga dans la catégorie des stupéfiants. Il s'agissait d'un toxicomane qui avait pris de l'héroïne pendant une séance d'iboga. C'est l'héroïne et non l'ibogaïne qui est responsable de la mort du toxicomane, parce qu'il s'était drogué en même temps. Les patients toxicomanes ont malheureusement de nombreuses façons de rencontrer la mort dans leur parcours, et celui-ci, prévenu des risques qu'il courait, n'a pu renoncer à sa drogue. Ce que les autorités auraient dû faire, c'est se renseigner sur le réel potentiel thérapeutique des cérémonies d'iboga et s'apercevoir que le rapport bénéfices/risques était vraiment en faveur de l'iboga par rapport aux autres traitements conventionnels de la toxicomanie, où, là aussi, on compte presque tous les jours des morts en cours de traitement.

La simple ignorance, ou méconnaissance, peut conduire à une vision erronée des PDL. On peut en illustrer les

effets par la loi du carré de la distance, que l'on peut énoncer comme suit : « Le degré de critique à l'égard d'une chose est proportionnel au carré de la distance entre la personne qui critique et l'expérience personnelle réelle de cette personne vis-à-vis de la chose qu'elle critique. » Ceux qui n'ont jamais pris de PDL se discréditent donc eux-mêmes puisqu'ils parlent de ce qu'ils ne connaissent pas par l'expérience (malheureusement, ceux qui en ont déjà pris sont discrédités par les autres).

Si la société est extrêmement réticente à l'utilisation de ces produits, c'est peut-être pour la simple raison que les gens ont peur de ce qu'ils ne comprennent pas[75], de ce qu'ils ne peuvent pas voir ni toucher. Ils craignent leur propre esprit, parce qu'ils ne comprennent pas les vastes mondes en eux contenus. De manière plus générale, les gens ont peur du changement, même quand ils ne sont pas satisfaits de leur vie. Ils ont peur de perdre le sentiment de sécurité lié à leurs certitudes, peur de quitter le monde confortable du connu pour aller explorer de nouveaux territoires.

Certains biais proviennent de la méthodologie de recherche utilisée. Les seules accusations et critiques totalement négatives vis-à-vis des PDL se fondent sur des études de cas non contrôlées, de très faible valeur scientifique car étant ce qui peut être le plus soumis à une interprétation biaisée ou à une manipulation des données. Seules des études dites « contrôlées contre placebo, avec tirage au sort » (que l'on appellera par la suite « CCP ») peuvent répondre aux questions de sécurité d'emploi et d'efficacité thérapeutique. Une étude CCP présente plusieurs caractéristiques :

(1) l'étude est prospective, c'est-à-dire que l'on va évaluer et suivre dès le départ les sujets à qui l'on va donner une dose connue et pure des substances à étudier ;

(2) il y a un groupe de comparaison, c'est-à-dire des sujets qui ne vont pas prendre le PDL mais une autre substance connue (le plus souvent un placebo) ;

(3) il y a tirage au sort, ce qui veut dire que les sujets prendront le PDL ou le placebo non pas de leur propre choix, ce qui risquerait de créer deux groupes très disparates et donc incomparables, mais selon un processus de désignation aléatoire ;

(4) il y a « aveugle », c'est-à-dire que le patient ne saura pas s'il reçoit la substance ou le placebo, ou même « double aveugle », ce qui veut dire que celui qui administre le traitement ne sait pas ce qu'il donne ; on élimine ainsi les effets qui seraient liés aux attentes des patients ou des expérimentateurs, effets non spécifiques ou « placebo ». Les essais cliniques appartenant au groupe des études CCP sont divisés en phase I, II et III (voir glossaire). Seules les phases II et III permettent de répondre de façon fiable aux questions concernant la sécurité d'emploi, les effets secondaires et l'efficacité thérapeutique des PDL. Aujourd'hui, la nouvelle vague de recherche a permis la validation médicale de certains PDL par des études de phase II (psilocybine, MDMA, ibogaïne) et même de phase III (kétamine).

Dans les milieux scientifiques et médicaux, là même où l'on pourrait s'attendre à trouver une certaine expertise sur ces substances, toute une génération de professionnels ne connaît presque rien aux psychédéliques, si ce n'est que ce sont les substances pharmacologiques les plus strictement contrôlées au niveau légal. Même les psychiatres ne reçoivent aucun enseignement à ce propos lors de leur formation ; ils pensent que ce sont des produits dangereux et sans intérêt thérapeutique. Moi-même, j'en étais persuadé avant de m'y intéresser et de m'informer sérieusement. Malheureusement, la publicité négative concernant les PDL a non seulement influencé l'attitude du public en général, des éducateurs et des législateurs, mais aussi l'opinion de nombreux professionnels du soin. L'hystérie internationale des années 1960 et le relais médiatique ont eu plus d'influence sur les psychiatres et les psychologues que les

résultats des études cliniques indiquant la sécurité relative des PDL lors d'une utilisation responsable. Résultat des courses, la plupart des connaissances des professionnels sur les PDL reflétaient plus des biais émotionnels irrationnels que des données scientifiques solides. Un exemple très illustratif provient de ces psychiatres, farouches opposants à l'utilisation thérapeutique du LSD : ils avançaient qu'il pouvait créer des dommages subtils au cerveau, non encore détectables par les moyens d'investigation de l'époque, mais, en même temps, ils n'hésitaient pas à prescrire des lobotomies préfrontales (on retire la partie la plus antérieure du cerveau) à certains de leurs patients.

Il faut dire que les professions médicales et psychiatriques ont été véritablement *traumatisées* par la façon dont la recherche sur les PDL a été brutalement interrompue à la fin des années 1960. Dans les années 1960, en effet, la plupart des grands pontes de la recherche psychiatrique américaine (et un certain nombre en France) commencèrent leur carrière en étudiant les PDL. Et, comme le dit Strassman (2001), « les membres les plus influents de la profession découvrirent que la science, les données factuelles et la raison étaient incapables de défendre leurs recherches contre l'action des lois répressives nourries par l'opinion, l'émotion et les médias ».

La compréhension des professionnels de santé vis-à-vis du chamanisme est, elle aussi, très déformée. Dans la vision soit amusée, soit négative qu'ils en ont, ils n'imaginent pas un instant la technologie éprouvée par une expérience millénaire, qui permet d'utiliser les états modifiés de conscience et/ou les PDL, afin de produire des changements psychologiques et physiques profonds. Ils ne considèrent pas les chamanes et les peuples traditionnels comme des êtres intelligents, doués d'humour, de compassion et d'un grand sens pratique[76] ; ils les prennent peut-être pour des primitifs naïfs, incultes, imprégnés d'une pensée magique

issue d'un mélange de toute-puissance et d'infantilisme. En bref, les professionnels de santé souffrent, pour la plupart, d'une sorte de cognitivo-centrisme. Le *cognitivo-centrisme* consiste à désigner un état mental particulier, soit, dans notre société moderne, l'état de conscience ordinaire, comme étant la seule base valable pour fonder une science ou effectuer des observations sérieuses ou utiles, et pouvoir parler de vérité et de réalité.

Les sociétés anciennes et préindustrielles valorisaient, recherchaient et cultivaient les états modifiés de conscience, alors que notre société industrielle occidentale en a peur, s'en méfie, les diabolise, les ridiculise ou les déclare pathologiques, tout cela parce que les phénomènes qu'ils induisent ne rentrent pas dans le paradigme matérialiste cartésiano-newtonien actuel.

Le milieu de la recherche n'est pas non plus exempt de biais : la MDMA (ou ecstasy) fut aussi victime de *rumeurs*, mais cette fois-ci d'origine scientifique, propagées par l'équipe de Ricaurte et McCann (1998-2002), largement sponsorisée par le gouvernement américain qui cherchait, par tous les moyens possibles, à interdire la consommation de cette substance. McCann et Ricaurte publièrent en 1998 une première étude semblant montrer que la MDMA pouvait détruire jusqu'à 85 % du fonctionnement sérotoninergique du cerveau. En fait, il s'avéra ultérieurement que cette recherche était biaisée : les auteurs n'avaient pas inclus de moyen de contrôler si les sujets de l'étude avaient ou non réellement pris de l'ecstasy. En outre, ils avaient effectué de mauvaises mesures de la sérotonine. Une étude ultérieure de Buchert[77], portant sur un plus grand nombre de sujets et indépendante, montra que la diminution du fonctionnement sérotoninergique n'était, au plus, que de 5 % et était totalement réversible après deux à trois mois d'abstention. Ensuite, le même Ricaurte, fortement soutenu par les agences gouvernementales américaines de contrôle

des médicaments et des drogues, publia une autre étude, dans la prestigieuse revue *Science*, soutenant qu'une prise unique de MDMA pouvait créer une maladie de Parkinson par atteinte du système dopaminergique cérébral. Suite à la réaction de nombreux experts[78] qui contestaient ses résultats, Ricaurte finit par publier un démenti de ses résultats dans la même revue, en 2003, avouant une erreur majeure dans sa recherche : les singes sur lesquels il avait effectué ses travaux n'avaient pas reçu de la MDMA, mais de la méthamphétamine, substance beaucoup plus toxique. Finalement, d'autres chercheurs démontrèrent qu'il n'y avait pas de risques chez l'homme, lorsque la MDMA pure était consommée dans des conditions médicalement surveillées[79].

Mais, là encore, le mal était fait, et les époux Reagan (le mari étant alors président des États-Unis) en profitèrent pour faire une déclaration publique de *War on drugs* (guerre contre les drogues). Ils montrèrent au public des images de « trous dans le cerveau » imputés à la MDMA suite aux travaux dits scientifiques de Ricaurte, qui n'étaient en fait que des zones d'hypoperfusion cérébrale (moins de sang présent) momentanées et sans conséquences négatives. Il faut bien se rendre compte que l'esprit du public est beaucoup plus marqué par les rumeurs infondées que rassuré par les travaux ultérieurs de recherche contradictoires, eux-mêmes beaucoup moins relayés et moins portés à leur connaissance par les médias.

Idem pour l'ibogaïne[80]. En mars 1990, alors que les résultats de la recherche montraient un intérêt très prometteur de cette substance pour le traitement des héroïnomanes, le Dr Contoreggi, membre du NIDA (important organisme américain qui permet d'obtenir la permission de mener des essais cliniques), est contacté par Bob Sisko. Celui-ci convainc le Dr Contoreggi de rencontrer un toxicomane avant et après son traitement, pour se faire une opinion. Il

lui montre un patient qui sniffe cinq cents dollars d'héroïne par jour, en très mauvaise forme, et ne pouvant finir l'entretien que grâce à une injection de morphine. Lorsqu'il revient après son traitement, c'est un autre homme, et le Dr Contoreggi, qui a pourtant l'habitude de soigner des dépendants, n'en revient pas :

> « Ce grand type d'allure athlétique et saine s'avance. Aucune trace de manque. En fait, il rayonne de bonne santé (...). Il a l'allure vive, et une étincelle dans les yeux. Le fait est que je suis un médecin, pas un chercheur sur les rats. Je savais que nous n'avions rien en développement qui pouvait faire une chose pareille. Cela paraissait impossible. »

Son enthousiasme parvient aux oreilles de son directeur, le Dr Jerome Jaffe, conservateur, et adversaire farouche de l'ibogaïne. Celui-ci ne veut surtout pas entendre parler de traitements réussis, ce qui ne serait pas dans sa « philosophie ». Aussi menace-t-il Contoreggi de le renvoyer s'il continue ses évaluations pré- et posttraitement. Et il publie un article, « L'ibogaïne ne marche pas », dont les arguments se fondent sur une seule étude réalisée sur les rats, qui plus est remise en question car biaisée. Pour leur répondre, le groupe de l'Albany Medical College du Dr Stanley Glick refait une batterie de tests sur des rats entrainés, eux, à s'auto-injecter de la morphine : ils montrent l'efficacité réelle aussi bien sur les signes de manque que sur la diminution, voire la disparition de la consommation. Mais cette équipe a moins de pouvoir que celle de Jaffe, et leur étude ne sera pas publiée avant novembre 1991.

Chapitre III

LES PSYCHÉDÉLIQUES AU SERVICE DE LA MÉDECINE ET DE LA PSYCHIATRIE

Ce chapitre rassemble l'essentiel des données scientifiques actuelles sur l'efficacité des psychédéliques dans le traitement de certaines maladies mentales ou physiques. Ici plus qu'ailleurs dans le livre, vous verrez à quel point la prohibition totale de l'usage des PDL est d'essence beaucoup plus moraliste et plus émotionnelle que scientifique et concrète.

La recherche sur les substances psychédéliques, ainsi que les applications psychothérapeutiques des psychédéliques, a été recensée et analysée par Lester Grinspoon et James Bakalar (1979-1997) dans leur livre *Psychedelic Reconsidered*, et plus tard, en Allemagne, par T. Passie (1997). Entre 1950 et le milieu des années 1960, plus de mille articles scientifiques ont été publiés dans les revues de psychiatrie clinique aux États-Unis et en Europe, décrivant le traitement par des substances hallucinogènes de près de 40 000 patients. Les psychiatres américains Rick Strassman (1991 et 1995) et Charles Grob[1], entre autres, ont également publié d'intéressantes synthèses sur le sujet. Puis, tout récemment, un ouvrage édité par Winkelman et Roberts (2007), *Psychedelic Medicine – New Evidence for*

Hallucinogenic Substances as Treatment, est venu rendre compte des résultats des études actuelles, depuis la reprise de la recherche clinique avec les psychédéliques, ces dix dernières années. L'ouvrage que vous tenez dans les mains est le premier livre en langue française à réaliser une telle synthèse des recherches sur l'utilisation médicale des PDL.

La MAPS et le Heffter Research Institute aux États-Unis, la Hofmann Foundation en Suisse, publient pour leur part l'essentiel des travaux sur le sujet sur leur site Internet, qu'il s'agisse d'études anciennes ou de recherches récentes.

Les PDL peuvent être employés comme traitement principal ou comme facilitateurs d'une psychothérapie en cours. On appelle cela une « psychothérapie assistée par psychédélique » (PAP). En dépit de ses premiers résultats prometteurs, obtenus à partir des études des années 1950-1960, l'évaluation de l'efficacité des PAP souffrait de limitations méthodologiques. Dans la plupart des cas, les études étaient de nature anecdotique ou manquaient de groupe de contrôle dans leur protocole. Les rapports anecdotiques de cas cliniques peuvent être remis en question pour plusieurs raisons, incluant les effets placebo (la substance a bien eu un effet, mais qui n'était lié qu'aux attentes positives du sujet ou à l'influence suggestive du cadre thérapeutique, non à un effet pharmacologique réel) et les biais du thérapeute dans son évaluation de l'amélioration. Le manque de « groupe de contrôle » était aussi un problème. Il est reconnu qu'un bon protocole de recherche doit inclure la présence d'un groupe de sujets, servant de point de comparaison, qui bénéficie de l'ensemble de la psychothérapie associée, mais sans prendre le PDL en question. Ce « groupe de contrôle » doit provenir d'un tirage au sort (randomisation) pour être sûr que les deux populations de l'étude, celle qui recevra le placebo (ou un autre produit de comparaison) et celle qui recevra le PDL testé, soient comparables vis-à-vis de

toutes les variables risquant d'influencer l'effet du traitement (âge, sexe, niveau socio-économique, etc.). Autre problème, les effets aigus des PDL sont si typiques et si particuliers que la plupart des chercheurs disent qu'il est très difficile de réaliser des études dites « en aveugle ». « En aveugle » signifie que le participant à l'étude ne sait pas s'il reçoit le placebo (ou le produit de comparaison) ou le PDL. Dans une étude dite « en double aveugle », ni le sujet ni le thérapeute ou le moniteur ne savent si c'est le PDL qui a été pris ou bien un placebo. Dans les études modernes, on emploie un « placebo actif », c'est-à-dire une substance qui crée des effets physiques ressemblant à ceux du PDL testé, pour que le sujet puisse croire qu'il a peut-être pris un PDL, ce qui maintient le principe de l'« aveugle ».

Malgré ces limitations, nous verrons que la recherche a fourni des résultats très encourageants pour le traitement de certaines pathologies physiques ou mentales, et que la nouvelle vague qui se met en place utilise des protocoles répondant aux exigences et standards scientifiques actuels. Elle répond notamment aux critères d'exigence suivants :

1) Spécification du diagnostic selon les classifications internationales du DSM-IV et de l'ICD-10 ; 2) Utilisation d'instruments d'évaluation standardisés pour les symptômes ou la psychopathologie des patients ; 3) Spécification des variables concernant les thérapeutes et l'environnement thérapeutique ; 4) Utilisation de critères opérationnels standardisés pour juger de l'évolution du traitement ; 5) Utilisation de groupes contrôles avec tirage au sort.

Les essais cliniques actuels qui répondent à ces critères d'exigence peuvent être classés en trois phases :

– Dans les études de phase I, les investigateurs testent une nouvelle substance dans un petit groupe de volontaires

sains (20-60) pour la première fois, pour en évaluer la sécurité, déterminer la fourchette des doses bien tolérées et identifier les effets secondaires ;

– Dans la phase II, la substance étudiée est donnée à un plus grand groupe de patients malades (100 à 400) pour en connaître encore mieux la sécurité d'utilisation et voir si le produit est efficace ;

– En phase III, la taille du groupe thérapeutique s'étend à de nombreux patients (1 000 à 4 000), pour confirmer l'efficacité de la substance, mieux en suivre les effets secondaires, la comparer à des traitements habituellement prescrits dans le même type de pathologie étudiée et rassembler des informations qui en permettront l'usage le plus sécurisé.

De nos jours, nous assistons à l'entrée des hallucinogènes (ibogaïne, MDMA et psilocybine) dans des études de phase II. En tant qu'anesthésique légalement utilisé, la kétamine a déjà passé ces trois phases et, en tant que psychédélique, elle a déjà réussi avec succès le test de plusieurs études de phase II.

La plupart des études que je citerai impliquent des méthodes de psychothérapie grandement tributaires des travaux de Grof sur la psychothérapie assistée par le LSD. Elles lui en empruntent les éléments suivants : la mise en place d'un cadre extérieur spécialement conçu pour son confort et son incitation à l'introspection ; la thérapie effectuée par un couple homme/femme de cothérapeutes ; l'utilisation de programmes d'accompagnement musical ; et l'encouragement fait au patient de se laisser totalement aller dans le flux de l'expérience, et d'accepter de se confronter à n'importe lequel des sentiments pouvant survenir, pendant que le thérapeute lui sert de guide et de soutien au cours de la séance.

Attention !
Certains psychédéliques (comme le LSD, la psilocybine, l'ecstasy, la kétamine, voire la mescaline) peuvent être utilisés dans le cadre des protocoles de soins modernes. Les plantes ayahuasca et iboga[2], par contre, ne doivent être utilisées que dans un cadre très ritualisé, sous la direction d'un praticien traditionnel (chamane) très expérimenté. Notre société ne pourra bénéficier des potentialités thérapeutiques de ces plantes-là que le jour où la médecine moderne collaborera avec la médecine traditionnelle.

La kétamine ou «Spécial K»

De quoi s'agit-il ?

La kétamine, ou hydrocloride de kétamine, a été synthétisée en 1962 par un chimiste américain du nom de Calvin Stevens. En 1966, le laboratoire Parke-Davis la breveta pour une utilisation en anesthésie humaine. Pendant la guerre du Vietnam, la kétamine fut l'anesthésique le plus utilisé. En 1970, l'agence du médicament américaine, la FDA, approuva son utilisation chez les enfants, les adultes, et les personnes âgées. Depuis, la kétamine a été très largement utilisée, comme anesthésique, en hôpital ou en cabinet médical, du fait de sa grande marge de sécurité (contrairement aux autres anesthésiques, elle ne nécessite pas d'assistance cardio-respiratoire), son début d'action rapide (5 minutes en injection intramusculaire) et sa courte durée d'action (une heure). C'est d'ailleurs cette brève durée d'action, par rapport à la plupart des autres PDL, qui en fait le candidat idéal pour une utilisation dans le cadre

d'une psychothérapie psychédélique dans des conditions de pratique courante.

Plus de 7 000 publications décrivent sa grande efficacité et sa sûreté au niveau biologique[3]. Les études cliniques n'ont décelé aucune altération du comportement au long cours ni aucun trouble de la personnalité qui aurait résulté de l'utilisation de la kétamine[4].

La kétamine est une substance d'action rapide, qui n'appartient ni à la classe des narcotiques ni à celle des barbituriques. Elle a été appelée « anesthésique dissociatif » parce qu'elle semble déconnecter l'esprit du corps, à la différence des anesthésiques conventionnels, qui éteignent la conscience. Cette action dissociative de la kétamine engendre un phénomène d'émergence, c'est-à-dire un état dans lequel la conscience et les perceptions sont profondément changées et radicalement redirigées : le patient perd contact avec la réalité extérieure et s'engage dans une expérience psychédélique profonde[5].

Cette expérience, d'une durée de 45 minutes à une heure (en cas d'injection intramusculaire), est induite par des doses de kétamine correspondant à un sixième à un dixième de celles typiquement utilisées en chirurgie pour l'anesthésie générale.

Je ne sais pas si vous vous rappelez le modèle en trois phases de Stanislav Grof entrevu au chapitre I, aussi vais-je vous le présenter à nouveau. Grof avait remarqué, au cours de ses très nombreuses séances de PAP avec le LSD, que les sujets traversaient trois états différents selon la dose de LSD consommée (dans un ordre allant de la plus faible à la plus forte dose). Le premier, dit « psychodynamique », implique la vie du sujet depuis sa naissance. Le deuxième, dit des « matrices périnatales », reproduit le vécu lors de la grossesse et de l'accouchement. Aux plus fortes doses, le sujet entre plus facilement dans la dernière phase, dite « transpersonnelle », concernant toutes les expériences

allant au-delà de l'ego. La kétamine diffère des autres psychédéliques, dans le sens où, aux doses modérées, elle fait rarement passer le sujet par le niveau psychodynamique. Au contraire, elle le catapulte, le plus souvent directement, au niveau transpersonnel[6].

La kétamine : un produit surprenant

Ce produit possède de nombreuses caractéristiques, qui en font le candidat idéal pour devenir un jour le premier psychédélique à être utilisé en clinique et en cabinet médical : sa courte durée d'action, sa grande maniabilité, sa commercialisation déjà effective depuis longtemps pour l'anesthésie, et le grand nombre d'études scientifiques en ayant montré la sécurité et l'efficacité au titre de psychédélique pour le traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies à l'héroïne (dont des études de phase III).

Les premiers travaux sur la kétamine

L'exploration de la kétamine en tant qu'agent psychothérapeutique commença à la fin des années 1960 avec l'œuvre de Lilly[7]. Il conduisit une recherche sur les états de conscience modifiés provoqués par la kétamine et détermina la relation dose/effets : en injection intramusculaire, des doses inférieures à 25 mg ne produisent pas de visions, des doses entre 30 et 75 mg produisent des images visuelles avec les yeux fermés, des doses entre 75 et 150 mg permettent au patient d'extérioriser l'expérience visuelle et conduisent l'esprit à se détacher du corps, des doses entre 150 et 300 mg provoquent une dissociation complète du corps physique, et le sujet devient le participant d'une expérience visuelle intense, et, enfin, des doses supérieures à 300 mg font tomber dans l'inconscience complète[8].

Khorramzadeh et Lofty furent les premiers à étudier

l'usage de la kétamine en psychiatrie en 1973. Ils administrèrent la kétamine à 100 patients hospitalisés en psychiatrie, pour divers diagnostics psychologiques et psychosomatiques, comprenant des dépressions, des anxiétés, des phobies, des troubles obsessionnels compulsifs, des réactions de conversion, hypocondrie, hystérie, céphalées de tension, et colite ulcéreuse. Ils établirent que 91 de leurs patients se sentaient bien six mois après, et 88 continuèrent à se sentir bien après un an de suivi. Les complications étaient très minimes et consistèrent en appréhension (2 sujets), nausée (3 sujets) et vomissements (2 sujets). Ils conclurent que les effets abréactifs (cathartiques) de la kétamine étaient bien reliés avec les propriétés d'« expansion de la conscience » de cette substance.

En 1976, Khorramzadeh et Lofty étudièrent aussi la corrélation entre le type de personnalité des patients et le type de phénomène d'émergence produit par la kétamine au réveil de 606 patients ayant subi une anesthésie pour acte chirurgical. Selon la classification du questionnaire de personnalité d'Eysenck, les patients qui correspondaient au type « Extraversion » vivaient surtout des rêves agréables, et certains pensaient même qu'ils étaient au paradis. Ceux qui avaient une personnalité de type névrotique-inhibée se sentirent plus facilement un peu étourdis par des sensations de chute rapide ou de mouvements circulaires. Enfin, ceux ayant une note de psychotisme (personnalités un peu étranges, moins connectés aux autres ou à la réalité) élevée étaient plus susceptibles de faire l'expérience d'une perte de contrôle de leurs membres avec une sensation de flotter en dehors de leur corps.

Kungurtsev[9] a montré un autre type d'interaction entre la personnalité et l'expérience sous kétamine. Les sujets très contrôlés, ayant des difficultés à se laisser aller, ou qui connaissaient des difficultés interpersonnelles, faisaient plus souvent des expériences négatives. Pour eux, la dissolution

du sentiment d'un Moi individualisé était difficile à vivre. Les autres sujets, plus détendus et plus prompts à ressentir des sentiments d'amour vis-à-vis de leurs semblables, faisaient une expérience à tonalité beaucoup plus gratifiante, voire extatique.

Un autre chercheur, Fontana[10], utilisa la kétamine comme appoint à une psychothérapie antidépressive, de manière à faciliter « une régression profonde au niveau prénatal, vécue comme une désintégration et une mort, suivie d'une progression vécue comme une renaissance ». Il remarqua que la kétamine « permet non seulement au thérapeute d'être témoin de la rêverie de son patient, mais aussi de s'y introduire et de corriger, *in situ*, des expériences primaires grâce à la relation duelle ». Il souligna les avantages de la kétamine qui rend possible « l'accession à des niveaux de régression jamais observés auparavant ».

Roquet (1974) fut le premier clinicien à utiliser la thérapie psychédélique par kétamine (TPK) dans un format groupal. Il combina diverses techniques psychanalytiques avec les pratiques de guérison issues des cérémonies des Indiens du Mexique et créa une nouvelle forme de thérapie psychédélique qu'il nomma « psychosynthèse » (à ne pas confondre avec la thérapie du même nom développée par Assagioli). Roquet traita principalement des patients névrotiques, tout en décrivant par ailleurs des expériences assez réussies avec des troubles de la personnalité et des patients psychotiques choisis. Son programme thérapeutique incluait d'autres substances psychédéliques en plus de la kétamine, comme du LSD, du peyotl, des champignons à psilocybine, datura et des graines de *morning glory*.

Kungurtsev[11] réalisa une étude pionnière dans le cadre du traitement de la dépendance à l'alcool, avant les travaux de Krupitsky, que nous développerons plus loin. Il traita près de 400 patients avec une forme de TPK. 68 % de ses patients restèrent sobres pendant l'année qui suivit le

traitement – ce qui constitue un pourcentage de succès très élevé, en comparaison d'autres programmes de traitement pour l'alcoolisme. En effet, dans le groupe de contrôle, composé de patients traités dans le même hôpital, d'une moyenne d'âge comparable et au même degré de gravité du trouble, le taux de patients restant sobres à un an fut de 47 %. De plus, la TPK provoqua des changements positifs dans la vie des sujets, allant bien au-delà de l'objectif limité à une vie abstinente. Ils connurent de profonds changements concernant leurs valeurs existentielles, leurs relations aux autres et leur conception du monde[12].

Enfin, les notes d'anxiété et de dépression des patients diminuèrent de manière statistiquement significative, même chez des patients dont le diagnostic initial n'était pas de dépression ou d'anxiété névrotique[13].

La kétamine comme antidépresseur

La majorité des études biochimiques sur la kétamine ont été conduites par un chercheur de Yale, John Krystal. Bien que les travaux de Krystal concernent principalement les effets de la kétamine sur le fonctionnement perceptif et cognitif, son groupe d'investigateurs a aussi réalisé une étude clinique évaluant ses effets antidépresseurs[14]. Dans cette étude pionnière, sept patients déprimés reçurent, en double aveugle et par tirage au sort, soit de la kétamine IV (0,5 mg/kg), soit un placebo IV : seuls ceux qui avaient reçu la kétamine connurent une amélioration significative de leurs symptômes dépressifs[15] dans les soixante-douze heures après l'injection.

Une équipe de chercheurs Japonais[16] a étudié les effets de 1 mg/kg de kétamine IM dans les suites postopératoires de patients déprimés, dans le cadre d'une chirurgie orthopédique. 70 patients déprimés et 25 non déprimés ont

participé à l'étude. Les patients déprimés ont été séparés en deux groupes de 35 personnes : le premier (A) reçut une induction anesthésique contenant plusieurs produits dont la kétamine, et le second (B) reçut la même induction mais sans kétamine. La comparaison des deux groupes permit de conclure, de manière statistiquement significative, que la kétamine améliorait l'état dépressif postopératoire et soulageait la douleur postopératoire chez des patients déprimés.

Dans la prestigieuse revue *American Journal of Psychiatry*, Ostroff et coll. (2005) ont publié le cas d'une patiente de 47 ans, profondément déprimée, résistante à quatre mois de divers traitements antidépresseurs, et à qui l'on proposa une thérapie par électrochocs (ECT). Lors des deux premières séances, les électrochocs ne déclenchèrent aucune activité électrique critique dans le cerveau de la patiente, c'est-à-dire qu'ils ne pouvaient théoriquement pas induire de changements positifs. Et pourtant la patiente s'améliora de façon rapide et spectaculaire dès le jour suivant chaque séance d'ECT. Il s'avéra que la prémédication utilisée pour les séances d'ECT était la kétamine à 0,5 mg/kg[17]. Les auteurs de cet article pensent qu'il y a de sérieuses raisons pour penser que la kétamine est à l'origine de l'effet antidépresseur ultrarapide chez cette patiente (évidemment cela reste à confirmer par d'autres études, pour éliminer l'effet placebo).

Un autre groupe de chercheurs américains a récemment publié les résultats d'une étude de la kétamine pour les troubles de l'humeur[18]. Cette étude montra qu'elle était efficace de manière significative dans le traitement de dépressions résistantes aux autres traitements. Il s'agissait cette fois-ci d'une véritable étude contrôlée, en double aveugle, contre placebo. Les patients avaient une dépression majeure selon le DSM-IV, résistante aux traitements antidépresseurs. Un tirage au sort fut ensuite effectué : les uns (17 patients) reçurent une IV de kétamine (0,5 mg/kg)

et les autres un placebo en IV. Les sujets ayant reçu de la kétamine montrèrent une amélioration significative de leur dépression comparativement aux sujets ayant reçu un placebo. Cette amélioration se manifesta dès deux heures après l'injection, et persista de manière statistiquement et cliniquement significative pendant toute la semaine qui suivit. Un effet antidépresseur rapide et important résulte donc d'une unique injection IV de kétamine.

Enfin, dans une étude de cas clinique, Liebrenz[19] se pencha sur le cas d'un homme de 55 ans souffrant d'une dépression majeure résistante au traitement et d'une dépendance surajoutée aux benzodiazépines et à l'alcool. Cet homme reçut une perfusion IV de 0,5 mg/kg de kétamine sur une période de 50 minutes. Le sujet ressentit les premières améliorations au bout de la vingt-cinquième minute de perfusion et continua à décrire des effets positifs pendant les 7 jours suivants. La kétamine semble non seulement posséder des effets antidépresseurs, mais aussi agir très rapidement. Cette action n'a pas été affectée par la dépendance à l'alcool et aux benzodiazépines.

De manière intéressante, deux études récentes[20], portant sur ce qu'on appelle l'« impuissance apprise » chez les animaux (test dit de « nage forcée »), viennent confirmer le potentiel antidépresseur de la kétamine.

La kétamine dans le traitement des addictions

Evgeny Krupitsky a réalisé la recherche clinique scientifique la plus complète et la plus rigoureuse sur la TPK effectuée jusqu'à ce jour. Il commença à utiliser la kétamine comme vecteur de psychothérapie psychédélique en 1985, dans l'ancienne Union soviétique. Depuis 1985, Krupitsky a utilisé la TPK sans complications pour traiter plus de 1 000 patients dans son centre (près de Saint-Pétersbourg).

Au début, il voyait dans la kétamine un modèle de conditionnement aversif pour le traitement de la dépendance à l'alcool. Puis, constatant les propriétés enthéogènes particulières de la kétamine, il traita les dépendances à l'alcool et à l'héroïne dans un nouveau modèle à la fois existentiel et transpersonnel.

Les études de Krupitsky[21] ont clairement démontré que la TPK augmentait le taux d'abstinence des patients alcooliques. Les sujets bénéficiant d'une TPK connurent un taux de sobriété de 69,8 % un an après, comparativement au groupe contrôle dont le taux fut de 24 % d'abstinence à un an de suivi.

En outre, une étude de Krupitsky, publiée en 2002, chez des toxicomanes à l'héroïne, établit que la TPK augmentait le taux d'abstinence des patients dépendant à l'héroïne. Dans cette étude, le taux d'abstinence du groupe TPK à la fin du suivi de un an était cinq fois plus élevé (25 %) que celui du groupe contrôle (5 %). L'étude permit aussi de mettre en évidence une réduction considérable du sentiment d'appétence (*craving*) pour l'héroïne, sans réaction négative significative chez les sujets traités. Cette étude fut le premier essai clinique contrôlé en double aveugle de la kétamine, entièrement réalisé en suivant le paradigme EBM (Evidence Based Médicine ou médecine basée sur les preuves), et il démontra clairement l'efficacité de la psychothérapie psychédélique.

L'étude la plus récente de Krupitsky[22] illustre un autre point important : plusieurs séances (deux à trois) d'administration de la kétamine ont un effet supérieur à celui d'une séance unique, dans le cas de patients résistant au traitement. Les effets positifs, psychologiques et psychothérapeutiques des psychothérapies psychédéliques sont en effet souvent très prononcés dans une période de plusieurs semaines après une séance thérapeutique, mais, ensuite, ces effets peuvent décliner[23]. Ce qui signifie que des séances répétées

de TPK pourraient avoir un effet cumulatif engendrant des changements psychologiques positifs durables et améliorant les effets des traitements au long cours. Les données de cette étude récente fournissent des éléments en faveur de cette hypothèse : les patients héroïnomanes bénéficiant de trois injections (à distance) de kétamine vont mieux et ont un meilleur taux d'abstinence que ceux bénéficiant d'une seule injection. L'augmentation du nombre de séances de TPK augmente l'efficacité du traitement. Ainsi, 59 patients héroïnomanes se sont vu offrir une psychothérapie assistée par une injection de kétamine avant leur sortie d'hôpital. Puis ils furent séparés de façon aléatoire en deux groupes. L'un reçut deux séances supplémentaires de psychothérapie avec kétamine, l'autre deux séances supplémentaires de psychothérapie sans kétamine. Au terme d'un suivi d'une année, le groupe ayant reçu les injections supplémentaires de kétamine connut un plus grand taux d'abstinence (50 %) que le groupe sans supplément (22 %).

Enfin, Krupitsky[24] fit état de changements plus globaux dans la personnalité des patients alcooliques et héroïnomanes ayant suivi la TPK. Ils devinrent moins anxieux, moins déprimés, plus responsables et plus mûrs, émotionnellement, avec une force du Moi accrue et des changements positifs dans leur image d'eux-mêmes. Les patients commencèrent à envisager d'autres buts, d'autres valeurs, d'autres significations et d'autres plaisirs dans leur vie ; ils devinrent plus confiants et plus équilibrés, plus ouverts émotionnellement, autosuffisants, et plus responsables vis-à-vis de leur vie et de celle des êtres chers à leur cœur.

Beaucoup de patients de Krupitsky se convertirent à une vie plus spirituelle, grâce aux expériences transpersonnelles vécues sous kétamine, et bien qu'ils vivent dans un pays ancré dans l'athéisme depuis trois générations. Ces résultats cliniques encourageants survinrent suite à un changement positif dans les valeurs, les relations et la vision du

monde de ces patients. Ils montrèrent une transformation des attitudes émotionnelles ; une diminution du niveau de conflit intérieur, de tension interne, de malaise et d'isolement émotionnel ; une meilleure image de soi ; et une tendance à dépasser les aspects passifs de leur personnalité. Ces changements significatifs produisirent une attitude positive envers la sobriété et soutinrent la stabilité au long cours de leur tempérance.

Kétamine et schizophrénie

La kétamine peut avoir un effet bénéfique sur les patients schizophrènes dits « déficitaires », souffrant d'une psychose chronique, qui semblent avoir certaines zones cérébrales en hypoactivité. La kétamine pourrait réactiver ces zones. Ainsi, Shipilenia[25] a administré de la kétamine à 29 schizophrènes chroniques souffrant de symptomatologie dite « négative » (dans le sens déficitaire) et qui n'avaient pas répondu aux traitements antipsychotiques typiques. Beaucoup de patients sortirent de leur état d'apathie et de démotivation, et furent considérés comme étant très améliorés par ce nouveau traitement.

Par cette action stimulante, la kétamine peut réactiver momentanément les symptômes dits « positifs » de la maladie (hallucinations, idées délirantes)[26]. Cette acumination du trouble n'est cependant que passagère, et elle n'est pas obligatoire : ainsi, dans l'étude précédente, aucun des 29 patients n'avait connu d'apparition de ces symptômes positifs. En outre, une autre étude de Lahti[27], conduite avec 30 patients, montre que, dans un environnement contrôlé et sécurisé, l'administration de doses psychédéliques de kétamine à des volontaires schizophrènes n'induit aucun effet négatif à court et à long terme, et ne change aucun aspect de l'évolution de la maladie.

Des études sont néanmoins menées, se basant sur l'hypothèse que des substances pharmacologiques ayant des propriétés inverses de celles de la kétamine pourraient devenir des traitements utiles dans la schizophrénie. Ces études ont déjà conduit à la proposition de nouveaux traitements pour la maladie mentale, comportant des effets proglutamate antikétamine[28].

Les précautions indispensables

De rares cas de convulsions, de détresses respiratoires ou de coma (en association avec d'autres produits ou par surdosage) ont été décrits. La consommation concomitante de dépresseurs du système nerveux central en augmente grandement les risques (benzodiazépines, barbituriques, alcool, opiacés...). La voie intraveineuse (IV) doit aussi être évitée, car c'est la seule risquant de créer, lors d'une injection trop rapide, un arrêt respiratoire. Mais ce qui domine la dangerosité, c'est le risque d'accidents liés aux caractéristiques anesthésiantes et dissociatives du produit, les utilisateurs pouvant se brûler ou se blesser (notamment lors de chutes) sans s'en rendre compte. La position allongée est obligatoire.

Il semble que les troubles cardio-vasculaires n'apparaissent que sur des terrains prédisposés ; les antécédents d'insuffisance cardiaque, d'hypertension ou d'accident vasculo-cérébral constituent donc des contre-indications. La kétamine doit être évitée chez les gens souffrant de glaucome.

On voit donc l'importance extrême de l'examen et du suivi médical, lors de toute psychothérapie assistée par kétamine.

Les mécanismes d'action de la kétamine : hypothèses et supputations

On peut faire l'hypothèse d'au moins trois mécanismes d'action pour la kétamine : (1) un mécanisme biologique ; (2) un effet curatif lié à l'expérience transpersonnelle et ses effets bénéfiques sur la personnalité ; (3) et un effet plus spécifique, lié au rôle initiatique de l'expérience de « mort-renaissance » vécu particulièrement avec cette substance.

L'effet biologique

Outre l'effet documenté de la kétamine sur les récepteurs NMDA, Krupitsky et Grinenko (1997) ont démontré, par l'analyse EEG (ou électro-encéphalogramme) assistée par informatique, l'effet de la kétamine qui augmente l'activité delta du cerveau (de une et demie à deux fois) et particulièrement l'activité thêta (de trois à quatre fois) dans toutes les régions du cortex cérébral. Cet effet reflète une activation du système limbique par la kétamine lors des séances, ainsi qu'un renforcement des interactions entre le système limbique et le cortex. Il est aussi possible de considérer ce résultat comme un indice indirect de renforcement des interactions entre les niveaux conscients et inconscients de l'esprit durant la TPK.

Les données biochimiques[29] montrent que l'action psychopharmacologique de la kétamine affecte à la fois le métabolisme des neurotransmetteurs mono-aminergiques et opioïdergiques, c'est-à-dire les systèmes neurochimiques cérébraux impliqués dans le développement (la pathogenèse) de la dépendance à l'alcool. Il est possible que ces processus sous-tendent, à un certain degré, l'efficacité de la TPK.

La kétamine est surtout une substance qui empêche la stimulation des récepteurs NMDA par le glutamate dans le cerveau (activité antagoniste). Cette propriété pourrait bien expliquer son activité antidépressive. Les antagonistes

NMDA peuvent en effet induire la neurogenèse (ou croissance de nouveaux neurones), notamment en stimulant la production d'une protéine de croissance cérébrale, la BDNF[30], caractéristique rencontrée chez beaucoup de produits antidépresseurs. La recherche actuelle accorde de plus en plus d'importance au rôle du glutamate dans la compréhension des mécanismes cérébraux de la dépression[31].

L'effet transpersonnel

Des études[32] suggèrent que le vécu d'une expérience au-delà des frontières de l'ego peut induire de nombreux effets bénéfiques. D'autres publications scientifiques[33] indiquent que l'expérience spirituelle transpersonnelle est un facteur de rémission important dans l'addiction à diverses substances. Ainsi, l'étude de 2002 de Krupitsky montre que les effets psychologiques efficients dans l'expérience à la kétamine sont bien de nature psychédélique. La TPK est plus efficace lors d'utilisation de doses fortement psychédéliques de kétamine (2 à 2,5 mg/Kg en IM) que lorsqu'une dose subpsychédélique (0,2 mg/kg) est employée. Bien qu'une dose subpsychédélique de kétamine induise certains effets pharmacologiques, elle ne produit pas une expérience psychédélique complète. Les évaluations quantitatives des effets de la kétamine dans le groupe fortement dosé, par l'emploi de l'échelle HRS (Hallucinogen Rating Scale)[34], étaient semblables aux évaluations des effets induits par une dose de DMT considérée comme pleinement psychédélique par des utilisateurs confirmés[35]. Les sujets dans le groupe à haute dose montraient une expérience psychédélique « au sommet » (*peak experience*) typique, alors que les patients du groupe à basse dose vivaient une expérience qu'on pourrait qualifier d'imagerie guidée facilitée par la kétamine[36]. La TPK à haute dose produisit un taux d'abstinence significativement plus élevé chez les héroïnomanes

lors des 24 premiers mois de suivi, comparativement à la TPK à basse dose. La TPK à haute dose apporta aussi une diminution plus forte et plus durable du sentiment de manque pour l'héroïne, de même que des changements positifs plus importants dans les attitudes émotionnelles inconscientes non verbales.

Le phénomène de « mort-renaissance »

Cette expérience psychédélique induite par la kétamine diffère significativement de celle des hallucinogènes sérotoninergiques, comme le LSD, la psilocybine et le DMT. Elle est assez semblable aux états de mort imminentes (EMI ou NDE)[37].

L'injection intramusculaire de 150 à 200 mg de kétamine peut reproduire toutes les caractéristiques habituellement associées aux EMI[38]. Une étude antérieure indique que les EMI provoquent fréquemment des effets de transformation et de guérison[39]. De la même manière que les EMI spontanés, les EMI induits lors des expériences psychédéliques liées à la kétamine peuvent apporter des rémissions stables et induire des changements dans le développement spirituel et la vision du monde[40].

Voici le témoignage du chercheur russe Igor Kungurtsev (1991), qui auto-expérimenta la kétamine pour mieux l'administrer à ses propres patients alcooliques :

> « Les anesthésiologistes ont établi que la kétamine induisait fréquemment des états de confusion, des sensations de mort et des hallucinations désagréables. Cela est connu sous le nom de "phénomène d'émergence", et est considéré comme un effet secondaire de la kétamine chez les patients opérés chirurgicalement et non préparés à ces effets psychologiques. En conséquence, nous avions l'idée que nous pourrions associer ces sensations de mourir avec l'odeur et le goût de l'alcool, selon un modèle de conditionnement aversif. Cependant,

peu de temps après avoir commencé notre recherche, nous rencontrâmes des situations qui étaient incompatibles avec ce modèle. Après les injections de kétamine, beaucoup de nos patients firent état d'expériences très intrigantes. Ils nous dirent qu'ils s'étaient sentis déconnectés de leurs corps, et "flottaient" dans des mondes étranges. Certains d'entre eux, pour la première fois de leur vie, parlaient de Dieu, du sens de la vie et de leur vie affective. Bien que nous cherchions à aider les patients à former des associations négatives pour développer une aversion pour l'alcool, leur expérience était plus profonde et mystique, parfois sans aucune relation avec nos suggestions ou avec la psychothérapie en cours.

À ce moment-là, j'entrepris une série d'autoadministrations qui changèrent complètement ma conception de la kétamine... Trois minutes après l'injection, je sentis ce monde commencer à disparaître, et je me vécus comme un point de conscience en train de flotter dans d'étranges mondes. Le sentiment le plus surprenant était que je n'avais plus de corps, et pourtant le "je" existait encore. Ensuite vint une étape où même ce sentiment de soi désincarné disparut et je ressentis la terreur d'être mort. Alors, je réussis à m'abandonner et à me laisser aller. Tout ce qui restait était une conscience pure ; il n'y avait plus de "je" en tant que moi.

Cette expérience changea profondément mon point de vue sur la kétamine, et me donna de nouvelles clefs pour comprendre les concepts du bouddhisme et d'autres philosophies orientales. Ma conception de la mort changea aussi radicalement.

Pendant plusieurs jours après cette séance, j'avais le sentiment d'un lâcher-prise intérieur, comme si ma vie était un jeu que je jouais avec une grande facilité. Pendant que je m'affairais à mes activités quotidiennes, j'étais très calme et centré. C'était un sentiment extraordinaire. Après cette expérience, nous avons changé notre modèle de soins et adopté une approche transpersonnelle. Nous appelons maintenant notre traitement la "psychothérapie mort-renaissance". »

Quelles sont les perspectives de recherche ?

Un chercheur américain[41] a récemment mis en chantier deux essais cliniques pour confirmer l'efficacité de la TPK dans la prise en charge des dépendances à l'alcool (étude 1) et aux opiacés (étude 2). Dans chacune de ces études, les patients recevront de la kétamine ou un placebo aux huitième et quinzième jours d'un traitement habituel d'un programme hospitalier de trois semaines. L'évolution au long cours sera assurée par des mesures effectuées tous les six mois pendant les deux années suivant la sortie d'hospitalisation.

Bien que les études d'efficacité de la TPK se soient focalisées sur l'alcoolisme et la toxicomanie à l'héroïne, ces résultats devraient pouvoir être extrapolés aux autres addictions, tant il est évident que l'expérience transpersonnelle induite par la kétamine est propice à l'établissement d'une vie sobre. Par exemple, il est possible que la TPK soit utile pour le traitement de dépendances à d'autres dépresseurs du système nerveux central (SNC) que l'alcool ou l'héroïne, comme les dépendances aux benzodiazépines ou aux barbituriques. De plus, les études préliminaires[42] ont démontré que la TPK était efficace pour le traitement des dépendances à l'éphédrine, un stimulant du SNC. Ces données suggèrent que la TPK peut être un traitement efficace pour les dépendances à d'autres psychostimulants comme la nicotine, la caféine, la cocaïne et les amphétamines. Il est prévu, à long terme, d'engager des essais cliniques pour tester la TPK comme adjuvant utile au traitement standard, dans les dépendances à la cocaïne et au tabac.

Les études de Khorramzadeh et Lofty (1973), et de Krupitsky et Grinenko (1997) indiquent un potentiel de la TPK dans le traitement des indications suivantes : dépression réactionnelle, dépression saisonnière et cyclothymie ; trouble anxieux généralisé, phobies, trouble obsessionnel

compulsif et hypocondrie ; boulimie et addiction à la nourriture ; syndrome de stress posttraumatique ; personnalité évitante et personnalité histrionique ; céphalées de tension, migraines, trouble douloureux ; syndrome des intestins irritables, fibromyalgie et syndrome de fatigue chronique.

Toutes ces affections constituent donc des sujets d'étude possible de la TPK. Et, de fait, une équipe de chercheurs américains est en train d'investiguer le rôle de la kétamine pour le traitement des douleurs sévères résistant aux autres traitements[43].

Pour ses expériences de mort-renaissance, la kétamine pourrait être proposée, au même titre que le LSD ou la psilocybine, pour traiter l'anxiété des personnes en fin de vie, souffrant de maladies graves.

Le croisement de la kétamine avec le 2-CB, qui permet une meilleure mémorisation de l'expérience kétamine et un meilleur ancrage corporel durant celle-ci, ou avec la MDMA, qui amplifie les sentiments d'amour et de beauté universels vécus sous kétamine, offre aussi des voies prometteuses de découvertes.

Enfin, d'autres inventaires de personnalités (par exemple l'ennéagramme) devraient pouvoir approfondir la très intéressante question de la réaction différentielle des gens à la même substance, et sa prédictabilité.

La MDMA ou ecstasy

Peu de gens savent que la MDMA, plus connue sous le nom d'« ecstasy », a un passé médical antérieur à son usage récréatif. Dans les années 1970-1980, ce produit chimique (méthylène dioxy méthamphétamine) de la famille des phénéthylamines était utilisé par un petit groupe de

psychiatres et de thérapeutes. Dispersés à travers les États-Unis et la Suisse, ils furent impressionnés par l'utilité constamment confirmée de cette substance. Ils la donnèrent à leurs patients avec des résultats remarquables. Ces praticiens privés, qui appelaient la substance « Adam », avaient eu la surprise de découvrir un outil pharmacologique qui assouplissait les défenses psychologiques et permettait à leurs patients de s'ouvrir plus entièrement au cours du processus psychothérapeutique. À des doses plus petites que dans les utilisations festives, la MDMA induit en effet un changement subtil et doux dans la conscience, permettant à ses utilisateurs de s'adonner à une autoanalyse sincère et profonde. Adler, écrivain new-yorkais, décrit son expérience avec la MDMA comme l'équivalent d'« une année de psychothérapie en deux heures ». L'utilisation judicieuse, supervisée et occasionnelle de doses orales uniques de MDMA comme médecine psychiatrique et psychédélique semble être un outil révolutionnaire pour améliorer les champs de la psychologie et de la psychiatrie.

Selon Metzner, une séance de cinq heures avec la MDMA peut activer et élaborer un matériel psychique qui demanderait normalement cinq mois de séances hebdomadaires de psychothérapie[44]. Ainsi, dans le contexte psychothérapeutique, l'acuité intellectuelle peut être avivée, les souvenirs et les images mentales affluent, la résolution des conflits peut sembler plus aisée, les émotions et pensées négatives, diminuées.

La MDMA augmente le rapport amour/peur : la capacité de s'aimer soi-même et d'aimer les autres prend le pas sur la peur. La MDMA permet aux patients, souvent pour la première fois de leur vie, de s'accepter pleinement et de sentir un amour envers eux-mêmes qu'ils n'avaient jamais ressenti auparavant. Cette expérience peut être thérapeutique par elle-même.

Dans le modèle thérapeutique classique, les souvenirs douloureux et réprimés demeurent inaccessibles avant que des années de psychothérapie ne les mettent progressivement au jour. Sous l'influence de la MDMA, ces traumatismes psychiques apparaissent souvent au premier plan pour être traités et analysés en une seule séance intense.

Le principal bénéfice : anesthésier la peur et la douleur mentale

Au lieu de se sentir vulnérables et anxieux durant l'expérience de reviviscence de leur traumatisme, les patients restent détendus, presque sans aucune peur. C'est sans doute l'élément distinctif le plus remarquable par rapport à une thérapie classique. Ce sentiment de confiance en soi est d'une valeur inestimable en psychothérapie, puisqu'il permet d'explorer plus facilement et volontairement le matériel psychique douloureux. En réduisant la peur face au problème de fond et aux souvenirs réprimés, en aidant le patient à se sentir calme face à ce qui auparavant évoquait la terreur, la MDMA est un outil très utile dans la prise en charge du syndrome de stress posttraumatique (*PTSD = Post Traumatic Stress Disorder*), pathologie où la reviviscence et l'élaboration du traumatisme sont des éléments essentiels pour le changement.

Les sentiments de dépression et d'anxiété sont remplacés par un sentiment de confort et de contentement. Car les autres effets subjectifs de la MDMA comprennent une reprise de l'espoir et un sentiment d'être plus relié aux autres, deux facteurs essentiels pour sortir de la dépression et des idées noires. Quand les gens sont suicidaires, ils se sentent souvent seuls, mais l'expérience de la MDMA leur redonne un sentiment d'appartenance et de connexion à l'humanité et à la nature. Adamson (1985) a collecté

50 témoignages de patients ayant consommé la MDMA dans un cadre thérapeutique. Dans son livre, les patients décrivent leur expérience et utilisent spontanément les termes d'empathie, d'ouverture, d'acceptation, de pardon et de lien émotionnel. Ce sont des mots opposés à ceux que les personnes suicidaires utilisent pour décrire leur détresse psychologique. Eisner (1989) décrit aussi plusieurs cas de thérapie assistée par MDMA dans lesquels la dépression est spécifiquement mentionnée comme l'une des pathologies traitées avec succès.

Habituellement, une séance permet de ressentir une meilleure perception des buts importants de l'existence. La vie du sujet prend un sens nouveau. La beauté de cette expérience permet au patient d'avoir une première idée du résultat d'une psychothérapie réussie. C'est une sorte d'« acompte », un point de repère pour avancer. Le Dr Claudio Naranjo caractérise ce sommet de l'expérience comme « un moment bref et suspendu de complète santé mentale », qui permet de saisir plus clairement ce qu'il faut faire pour rejoindre à nouveau ce havre de paix dans l'avenir, par ses propres qualités et sans prendre de substance[45]. Avec un bon accompagnement thérapeutique, le patient peut comprendre quels changements sont nécessaires dans sa vie pour pouvoir retrouver ce sentiment d'amour et d'acceptation.

La MDMA comme adjuvant au processus thérapeutique

Un effet inattendu supplémentaire de la MDMA est une puissante capacité antalgique. Les patients en phase terminale souffrant de douleur chronique découvraient qu'ils étaient délivrés de toute douleur pendant leur séance de MDMA. Adam gagna ainsi la réputation d'être « une pénicilline de l'âme » et « un antalgique psychique ».

De même qu'en chirurgie une anesthésie permet des incisions plus profondes et le retrait de la tumeur maligne, la MDMA est un produit qui, ajouté durant la thérapie, permet un examen plus incisif des couches les plus profondes du matériel psychique. Dans ce domaine de soin qui ne possède pas de produits anesthésiques, une substance sûre et aux effets temporaires a ainsi donc été découverte et rajoutée à l'arsenal thérapeutique. Les thérapeutes ont trouvé une façon de rendre plus confortable et plus rapide une psychothérapie qui aurait été beaucoup plus douloureuse.

Tout trouble psychiatrique améliorable par la psychothérapie peut être traité plus profondément et plus rapidement par une psychothérapie assistée par MDMA.

De nombreux thérapeutes ont été impressionnés par le degré d'empathie engendré par une expérience de MDMA. C'est cela qui la rend particulièrement utile en thérapies de couple et en thérapie familiale, où chacun a besoin de comprendre ce que ses proches sont en train de vivre et ses émotions. Bénéfice supplémentaire de la MDMA : le renforcement du lien avec le thérapeute. Le sentiment d'amour de soi tend à déborder à l'extérieur du sujet, se développant sous forme d'une acceptation et d'un amour des gens alentour : l'alliance thérapeutique se solidifie. Un sentiment de confiance envahit le patient : il est assuré que son thérapeute se préoccupe de son sort et cherche à l'aider. Cette sensation s'étend aux séances suivantes, sans prise de la substance, renforçant tout le processus psychothérapeutique.

La MDMA est aussi un outil dans le champ de la médecine, notamment chez les patients souffrant de douleurs chroniques ou de maladies psychosomatiques, ainsi que pour les mourants. Certains thérapeutes conduisirent même des séances avec des patients en phase terminale de maladie grave, les aidant à faire la paix avec eux-mêmes et avec leur famille, avant leur mort.

Ouvrir son cœur

L'ecstasy « ouvre le cœur », au sens propre : elle libère l'ocytocine présente dans cet organe, *via* une stimulation des récepteurs sérotoninergiques 5-HT1A. Or l'ocytocine est une hormone impliquée dans l'attachement, l'amour, l'extase. Il existe une boucle de régulation entre le cœur et le cerveau émotionnel, qui procure un apaisement émotionnel et un renforcement des capacités cognitives. La MDMA stimule spécifiquement ce système. Cette ouverture à l'amour (de soi, de la vie et des autres) explique une grande partie des propriétés thérapeutiques de la MDMA.

Voici la description de l'ecstasy par les thérapeutes des années 1970-1980, relevée par Saunders (1996) : « *L'ecstasy est unique dans la mesure où elle a raison des inhibitions et conduit très vite le sujet de la haine à l'amour et à la compréhension de l'autre. Il préfère la compagnie à l'isolement, donner plutôt que recevoir. Cette attitude généreuse permet une meilleure analyse de soi et facilite la prise de décision.* »

Le Dr Mitchel Liester a interrogé 20 psychiatres qui avaient vécu une expérience personnelle de la MDMA (1 à 22 utilisations). Environ 85 % d'entre eux disaient que la MDMA possédait un grand potentiel comme adjuvant au processus psychothérapeutique. La grande majorité parlaient de bénéfices psychologiques ou spirituels qu'ils avaient pu constater dans leur propre vie après utilisation de MDMA[46]. Les effets aigus les plus fréquents étaient une modification de la perception du temps (90 %), une meilleure capacité à interagir ou à s'ouvrir aux autres (85 %), une attitude moins défensive (80 %) et une réduction de la peur (65 %). Les effets secondaires les plus fréquents (pas forcément mal vécus par les sujets) étaient la réduction de l'envie d'entreprendre des tâches mentales ou physiques (70 %), la diminution de l'appétit (65 %), une tension dans les mâchoires (50 %) et une diminution de la libido (45 %).

Les résultats d'une autre étude impliquant 12 cliniciens américains et 5 suisses utilisant la MDMA dans leur pratique furent présentés à une conférence à Berne (Suisse). Tous les praticiens sentirent que la valeur thérapeutique de la MDMA était « très positive ». Plus des trois quarts de ces thérapeutes établirent que leurs patients s'étaient grandement améliorés lors d'une thérapie basée sur la prise de conscience et que la valeur psychologique globale de la MDMA était vraiment importante[47].

La première étude descriptive des effets de la MDMA chez un groupe de patients poursuivant des objectifs psychothérapeutiques fut réalisée par Greer et Tolbert entre 1980 et 1983. 29 sujets prirent oralement entre 75 et 150 mg de MDMA, relayée par une dose supplémentaire, deux heures après, de 50 mg. L'intention était de les aider à atteindre leurs objectifs psychothérapeutiques. Les résultats furent recueillis verbalement juste après la séance, puis par un questionnaire rempli entre deux mois et deux ans après la séance (moyenne de neuf mois après). 28 sujets avaient un objectif précis pour la séance : 16 le réalisèrent complètement et 11 partiellement. Tous les sujets firent état de bénéfices durant la séance, comprenant des changements positifs dans leurs attitudes ou dans leur état émotionnel, et des sentiments de proximité et d'intimité avec toutes les personnes présentes. Les 29 connurent par la suite une amélioration de leurs relations aux autres. 22 sujets déclarèrent des bénéfices cognitifs, comme un élargissement de perspective mentale, une meilleure introspection concernant des problématiques personnelles, ou une plus grande objectivité vis-à-vis de soi-même. 15 personnes modifièrent certaines de leurs priorités existentielles après la séance ; il s'agissait chaque fois de changements vécus comme positifs. Des 28 sujets qui répondirent aux questionnaires de suivi, 14 parlèrent d'une diminution dans leur consommation de substances psychoactives (alcool, marijuana,

café, tabac, cocaïne) et seulement 3, une augmentation. Les effets indésirables habituels pendant et peu après la séance concernaient une tension dans la mâchoire, des grincements de dents, une insomnie, de la fatigue et un appétit diminué[48].

La MDMA fut ainsi administrée à une cinquantaine d'individus supplémentaires avec des résultats semblables et fut aussi utilisée de manière libre pendant quasiment une décade comme appoint à la psychothérapie par approximativement 4 000 psychothérapeutes aux États-Unis[49].

Des effets toxiques ?

Au niveau de la sécurité d'utilisation, il était important de connaître les effets de la MDMA sur la physiologie, la psychologie, le cerveau et ses systèmes de neurotransmetteurs, chez des sujets sains. C'est ainsi que l'innocuité, dans des conditions d'utilisation clinique surveillée, fut confirmée par les travaux de Davison et Parrott[50], de Downing[51], de Grob[52] et de Vollenweider[53]. Chez le volontaire sain, on étudia aussi les effets cardio-vasculaires et neuro-endocriniens[54], le retentissement sur le fonctionnement cérébral par des techniques d'imagerie médicale et d'électro-encéphalogramme[55], et les effets sur les neurotransmetteurs cérébraux[56].

Mais cette sécurité d'utilisation de la MDMA n'est plus valable lors de prises festives, massives et répétées. Dans ces conditions néfastes d'utilisation, l'impact de la MDMA sur le système dopaminergique cérébral (impliqué dans la dépendance aux drogues) peut créer une dépendance, et la toxicité neurologique peut devenir un risque bien réel. Ainsi, les chercheurs font bien la différence entre les utilisations médicales de la MDMA qui ne présentent pas de risques de toxicité, et les utilisations abusives et potentiellement

dangereuses dans le cadre d'une utilisation récréative[57]. Les premières souffrent du battage médiatique mettant en avant uniquement les dérives, au point de risquer de « jeter le bébé avec l'eau du bain »[58]. Tout semble une question de doses, de fréquences et de conditions d'administration. Ainsi, une dose modeste de MDMA donnée à des rats deux fois par semaines pendant huit semaines, ou même une fois par jour pendant quatre jours, ne produit pas de toxicité cérébrale, alors que la même dose donnée deux fois par jour pendant quatre jours produit une toxicité[59].

Utilisée en psychothérapie, la MDMA sera administrée dans un environnement sans bruit, dans une pièce à température normale et non surpeuplée. Or il est bien établi par les expérimentations animales que la toxicité induite par les amphétamines (c'est le côté « amphétaminique » de la MDMA qui peut être toxique) est très accentuée par la surpopulation, le bruit et une haute température ambiante[60]. Fantegrossi et coll. (2003) ont aussi montré qu'une température ambiante trop élevée et la surpopulation potentialisaient la toxicité de la MDMA chez les souris. Il est donc raisonnable de postuler que les problèmes de toxicité aigus relevés chez les utilisateurs récréatifs de MDMA sont liés à son ingestion dans un environnement trop chaud, surpeuplé et bruyant.

Comment un médicament devient une drogue illégale

Malgré une expertise réalisée en 1984 à la demande des autorités sanitaires américaines qui concluait à la nécessité de ne pas classer la MDMA comme stupéfiant sur les listes internationales (compte tenu de ses qualités thérapeutiques et de l'absence de preuves de toxicité ou d'effets indésirables dans le cadre de son utilisation thérapeutique), le gouvernement américain, inquiet de son utilisation

« sauvage » extensive, décida tout de même de prononcer son interdiction.

En 1985, la Drug Enforcement Administration (ou DEA : agence américaine de répression de la toxicomanie) déclara la MDMA illégale. Contre l'avis des médecins et psychothérapeutes, le gouvernement décréta que cette substance n'avait aucune utilité médicale et que, comme la cocaïne et l'héroïne, elle possédait un grand potentiel d'addiction toxicomaniaque. En une nuit, ce qui était un médicament utilisé par des cliniciens expérimentés devint une drogue illégale, d'un usage répréhensible d'une amende de 125 000 $ ou d'une peine de quinze ans de prison. L'affaire fut alors portée devant le comité d'experts de l'OMS, et celui-ci finit par définir la MDMA comme une substance *intéressante et méritant d'être étudiée*, mais... il confirma la décision de la DEA ! Notons au passage qu'en France c'est un arrêté ministériel du 9 juillet 1986 qui la classe au tableau B, liste des stupéfiants illicites sans aucune utilité thérapeutique, en dépit des données de recherche existantes.

La raison officiellement invoquée, pour ce passage en force par la DEA, était qu'Adam, l'outil thérapeutique, s'était répandu dans la population générale pour devenir l'ecstasy, la drogue des « rave-parties ». La substance étant totalement prohibée, aucun travail clinique ne pouvait plus se dérouler, et il devint excessivement difficile d'obtenir une autorisation pour des recherches avec des êtres humains. En réponse à cette interdiction hâtive de la MDMA, un groupe de médecins se réunit pour informer le gouvernement sur cette substance psychoactive spéciale et pour défendre leur pratique clinique et leurs patients. En vain. Il faut malheureusement le déplorer, et remarquer au passage que l'accumulation de données et de témoignages fiables de professionnels semble ne servir à rien. L'attitude des organismes officiels ne put empêcher l'utilisation illicite de continuer de plus belle, mais mit un terme à toute

accumulation légitime de connaissances sur cette substance. Tout espoir d'utilisation clinique et thérapeutique disparut. En revanche, grâce à cette prohibition, le milieu des dealers s'enrichit, et les substances proposées devinrent de plus en plus frelatées. Une analyse effectuée en 1999[61], à partir d'une saisie policière de plaquettes d'ecstasy, montrait, par exemple, que presque la moitié d'entre elles ne contenaient pas du tout de MDMA.

Selon Tal Schaller[62], les multinationales de l'industrie pharmaceutique ont joué un rôle prépondérant dans cette interdiction. Nous citons cet auteur :

> « (La MDMA), comme elle ne pouvait être brevetée, fut considérée par les multinationales pharmaceutiques comme un médicament dangereux pour les médicaments psychotropes qu'elles vendent. En payant quelques experts pour en donner des quantités énormes à des rats afin de provoquer leur mort, en faisant pression sur les organismes officiels, voire en soudoyant leur personnel (c'est monnaie courante !), en montant en épingle, dans les médias, un ou deux cas de jeunes s'étant suicidés après en avoir consommé ou en payant des journalistes pour inventer de toutes pièces des histoires de ce genre (c'est aussi monnaie courante dans ce milieu !), les multinationales réussirent à faire interdire le MDMA, un produit pourtant beaucoup moins toxique que bien des neuroleptiques vendus par milliers de tonnes dans le monde entier. Des pilules d'ecstasy de basse qualité, avec de plus en plus d'impuretés et d'autres substances ajoutées, sont produites et vendues à tour de bras dans les discothèques où elles massacrent l'immunité de milliers d'adolescents ignorants, mal encadrés dans leur désir d'explorer leurs mondes intérieurs et de découvrir leur potentiel psychique. »

En Suisse cependant, par autorisation spéciale de l'Office fédéral de la santé publique, trois psychiatres (les

Drs Bloch, Styk et Widmer) de la Société médicale suisse pour la thérapie psycholytique (SMSTP) ont pu administrer, entre 1988 et 1993, de la MDMA seule ou un traitement alternant MDMA et LSD chez 171 patients. Les séances de MDMA et de LSD étaient conduites en petits groupes, combinant les éléments de la thérapie psycholytique de Leuner (doses basses à moyennes, en groupe, avec thérapie verbale en continu) et ceux de la thérapie psychédélique de Grof (hautes doses, séances individuelles, musique et silence pendant). Une dose moyenne de 125 mg de MDMA et de 100 à 400 µg de LSD était utilisée. La durée moyenne de thérapie était de trois ans, et celle du suivi, de deux ans. Les patients reçurent des questionnaires à renvoyer pendant le suivi, et 121 d'entre eux y répondirent. Les séances sans substance avaient lieu tous les 15 jours, avec une moyenne d'une séance avec substance tous les 5 mois. Deux tiers des patients cherchaient une aide pour des problèmes interpersonnels, et deux tiers aussi pour des symptômes psychologiques.

85 % des patients firent état d'une amélioration bonne ou moyenne durant le traitement, et 91 % lors du suivi. 84 % dirent que leur qualité de vie s'était améliorée, et 82 % connurent une plus grande acceptation de soi. 81 % avaient des meilleures relations avec leur famille, et l'implication dans le travail était devenue meilleure pour 57 % (moins bonne pour 3 %). Le témoignage des ex-patients permet de dire que la thérapie avec MDMA est un traitement sûr. Dans leurs notes personnelles, les auteurs ne signalent qu'un seul patient se plaignant de dépression persistante apparue trois mois après la dernière séance psycholytique. Durant la psychothérapie (qui dura en moyenne trois ans), on ne déplora aucun suicide, aucun des patients ne fut hospitalisé en hôpital psychiatrique, ni n'eut d'épisode psychotique d'une durée de plus de 48 heures. Cela concorde avec les autres études sur la sécurité d'utilisation des PDL[63]. En

1997, Widmer soulignait que les conclusions des différentes équipes ayant utilisé la MDMA étaient similaires : les thérapies psycholytiques sont des traitements sûrs.

La recherche reprend cependant : la MDMA et le syndrome de stress posttraumatique

Les syndromes de stress posttraumatique (PTSD) ont été choisis préférentiellement par les cliniciens-chercheurs actuels pour démontrer le potentiel psychothérapeutique de la psychothérapie assistée par MDMA. La MDMA diminue significativement l'activité de l'amygdale cérébrale gauche[64], région du cerveau impliquée dans la neurochimie de la peur et des réactions de stress extrêmes, rencontrées face à toute situation rappelant de près ou de loin le traumatisme originel. Un traitement combiné MDMA et psychothérapie peut être idéal pour traiter les PTSD car la MDMA atténue la réponse de peur et diminue le besoin défensif sans pour autant bloquer l'accès aux souvenirs ni empêcher le vécu profond et authentique des émotions[65]. Les participants peuvent faire l'expérience de la peur, de la colère et du sentiment de deuil, sans se sentir submergés ni dépassés par ces émotions. En outre, ils développent une perception plus objective du traumatisme comme faisant parti du passé, avec une conscience accrue du soutien et de la sécurité existant dans le moment présent.

Michael et Ann Mithoefer conduisent depuis 2004 la première étude contrôlée contre placebo, en double aveugle, de la MDMA pour les patients atteints de stress posttraumatique ayant résisté à d'autres traitements médicamenteux ou psychologiques. Cette étude, multicentrique et internationale, est actuellement aussi mise en place en Israël et en Suisse[66]. Ils viennent, début janvier 2008, de recruter le vingtième et dernier patient de leur étude et sont en train d'analyser les

résultats qui devraient paraître début 2009. Les sujets traités ont subi des agressions physiques ou sexuelles, ou bien sont traumatisés suite à des actes de guerre ou de terrorisme. Ils sont répartis par tirage au sort en deux groupes. Chaque groupe bénéficie de onze séances de 90 minutes de psychothérapie et de quatre séances d'évaluation. Mais, au cours de deux séances additionnelles de huit heures, les patients d'un groupe reçoivent (sans savoir qui reçoit quoi) de la MDMA (125 mg suivis, deux heures après, d'une demi-dose supplémentaire de 62,5 mg, pour prolonger l'état de « plateau » de l'effet), et les patients de l'autre groupe, un placebo.

Quatre patients du groupe placebo bénéficient en fin d'étude de deux séances avec MDMA. Les résultats préliminaires[67] révèlent quatre types de réponses :

(1) une réduction très importante et durable des symptômes du stress posttraumatique dans le groupe ayant reçu la MDMA,

(2) une réduction partielle des symptômes du stress posttraumatique dans le groupe ayant reçu la MDMA,

(3) une réponse importante mais seulement temporaire au placebo,

(4) une non-réponse au placebo, suivie d'une réponse importante ou partielle à la MDMA.

Tous les patients dirent qu'ils avaient trouvé utiles leurs séances avec ce médicament. Certains déclarèrent qu'elles avaient été fondamentales et leur avaient même sauvé la vie. Cependant, d'autres furent un peu déçus que la MDMA ne soit pas une baguette magique capable de mettre un terme à tous leurs symptômes, ou bien dirent qu'ils auraient trouvé utile d'avoir encore une ou quelques séances additionnelles avec ce produit.

Les premières impressions montrent que la MDMA peut être utilisée en toute sécurité avec les patients atteints de stress posttraumatique et qu'elle montre un potentiel évident d'efficacité.

Deux études menées avec le même protocole ont débuté en Suisse[68] et en Israël[69]. Ces deux études ont reçu l'approbation de la FDA américaine et de l'Agence européenne des médicaments (AEM).

L'ecstasy au secours de l'armée israelienne

Près de 500 réservistes de l'armée israélienne ont été atteints d'un syndrome de stress posttraumatique au décours des 34 jours de guerre ayant opposé les troupes israéliennes aux milices shiites hezbollah du Liban, en juillet et août 2006. En 2008, des médecins de l'hôpital psychiatrique Beer-Yakov au sud de Tel-Aviv testent la réponse de ces patients à l'ecstasy. Rakefet Rodriguez, Sergio Marchiveski et Marina Kaufchicz, qui dirigent le programme expérimental, sont convaincus que l'ecstasy peut les aider à guérir ces soldats.

D'autres applications encore

En 1994, Charles Grob, psychiatre du Harbor-UCLA Medical Center en Californie, a obtenu de la Food and Drugs Administration américaine (FDA) la possibilité de reprendre des expérimentations à visée thérapeutique sur des sujets volontaires. Et, durant l'été 1999, Charles Grob, à l'issue de son étude préliminaire[70], reçut l'agrément thérapeutique officiel pour l'utilisation de la MDMA à des fins thérapeutiques comme médication antalgique, anxiolytique et antidépressive, pour les cancéreux en fin de vie.

Enfin, la MAPS (ou Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies) joue actuellement un grand rôle pour lancer une étude, à l'école médicale de Harvard à l'hôpital McLean, visant à établir l'utilité de la psychothérapie assistée par le MDMA dans le traitement de l'anxiété associée à un diagnostic de cancer en phase avancée[71]. Le principal investigateur, le Dr John Halpern, veut enrôler 12 patients et

a commencé à recruter des volontaires pour son étude. C'est la première étude clinique sur les PDL qui ait pu reprendre place à l'école médicale de Harvard depuis 1965.

L'information et la prévention des risques liés à l'utilisation sauvage de la MDMA

Outre les recherches thérapeutiques, il est urgent et nécessaire de mettre en œuvre des programmes de prévention des risques courus lors de l'usage illégal non médicalisé dans les milieux festifs. Des millions de personnes à travers le monde prennent de l'ecstasy : elles devraient être informées des risques qu'elles courent et de la manière d'éviter tout accident. L'un des plus grands risques est le coup de chaleur : danser toute la nuit dans un environnement surchauffé peut s'avérer très dangereux. Pour la protection des millions de participants aux rave-parties à travers le monde, il faudrait concevoir une très large campagne d'information recommandant instamment de nombreuses pauses : il faut savoir se rafraîchir et penser à s'hydrater régulièrement avec de l'eau uniquement. La recherche clinique et les études chez l'humain sont essentielles pour nous en apprendre plus sur la façon de minimiser les dangers liés à l'utilisation illicite de l'ecstasy comme des autres PDL. Il ne s'agit bien sûr pas de promouvoir l'usage non médicalisé de l'ecstasy, mais de se situer dans une optique pragmatique de réductions des risques pour un usage qui existe déjà bel et bien et que les acteurs de la santé publique doivent prendre en compte de manière réaliste. Ainsi, en France, la mission rave de Médecins du monde s'est attelée à la tâche d'étudier et de prévenir les risques chez les usagers de drogues de synthèse en milieu festif techno[72], pas toujours très bien soutenue par les pouvoirs publics (parfois même carrément entravée dans son action…).

De même, les personnes ayant un passé ou un potentiel

toxicomaniaque (héroïne, cocaïne, amphétamines, alcool, benzodiazépines, principalement) devraient s'abstenir de toute prise de MDMA, car l'action de celle-ci sur les neurones à dopamine favorise le besoin de consommer ces drogues[73].

Même si des conséquences néfastes variables sont décrites chez les consommateurs (attaques de panique, différentes manifestations d'anxiété aiguë), ces dangers sont dominés par le risque de dépression et celui de psychose amphétaminique[74].

Ce type d'évolution défavorable ne concerne qu'une infime minorité des milliers de consommateurs épisodiques ; elle est d'autant plus fréquente que les doses absorbées sont importantes, que la durée d'intoxication est longue et que le sujet est jeune.

La MDMA ne provoque ni syndrome de dépersonnalisation, ni désorganisation de la pensée, ni rupture avec la réalité. Mais, lors de consommations abusives pendant plusieurs semaines consécutives, on peut observer la constitution de pharmaco-psychoses semblables à celles qui sont déclenchées par l'abus d'amphétamines ou de cocaïne.

Comme pour chacune des très rares occasions où la consommation inappropriée d'un PDL se retrouve associée à l'apparition de signes psychotiques, on décrit deux types d'épisodes psychotiques au décours d'une consommation abusive de MDMA[75] :

- les épisodes psychotiques aigus qui peuvent être très brefs, et dont l'évolution est résolutive au bout de quelques jours ;
- les psychoses chroniques ; dans ce cas, on retrouve principalement deux cas de figure : (1) soit une personnalité prédisposée, vulnérable, qui aurait de toute façon fait une décompensation psychotique lors de l'exposition à tout autre facteur de stress ; (2) soit un sujet en fait déjà psychotique qui utilise la substance (ici la MDMA) comme

une forme d'automédication contre les symptômes négatifs ou déficitaires de la psychose (apragmatisme, anhédonie, aboulie, repli autistique ou dépressif…) ou contre ses éléments anxieux ou dépressifs.

Le LSD

Le LSD, ou diéthylamide-25 de l'acide lysergique, est un alcaloïde de l'ergot du seigle (un champignon parasite des végétaux). C'est la substance hallucinogène la mieux étudiée et la plus fréquemment utilisée dans tout l'Occident, bien que de nombreuses substances aient des effets similaires. Le LSD-25, synthétisé par Sandoz et distribué sous le nom de Délysid, a été largement disponible jusqu'en 1966.

> « Le LSD et la psilocybine ne sont pas des drogues au sens usuel du terme, mais font partie des substances sacrées, qui sont utilisées depuis des milliers d'années dans des cadres ritualisés. Les psychédéliques classiques comme le LSD, la psilocybine et la mescaline sont caractérisés par le fait qu'ils ne sont ni toxiques ni source d'addictions. C'est mon premier souci de séparer les psychédéliques de ce qui peut être dit sur les drogues et de souligner l'énorme potentiel inhérent à ces substances pour la conscience de soi, comme appui à la psychothérapie, et pour la recherche fondamentale sur l'esprit humain. »

Ainsi parlait Albert Hofmann, le découvreur du LSD, dans sa préface à l'édition 2008 du livre *LSD Psychotherapy* (S. Grof), quelques mois avant sa mort.

Les premiers travaux scientifiques sur le LSD

Après la découverte par « hasard » de Hofmann, le premier pas important dans l'histoire du LSD fut accompli par Walter Stoll, fils du supérieur de Hofmann chez Sandoz et psychiatre à la clinique psychiatrique de Zurich. Il trouva cette substance psychoactive d'un grand intérêt et conduisit la première étude scientifique du LSD chez des sujets volontaires sains et chez des patients psychiatriques. Ses observations des effets du LSD sur les deux catégories de personnes firent l'objet d'une publication en 1947. Cette étude fit sensation dans le milieu scientifique et stimula un grand nombre de recherches cliniques et expérimentales, dans de nombreux pays. La possibilité d'un usage thérapeutique du LSD fut suggérée pour la première fois deux années plus tard, par Condrau, en 1949. Dans le début des années 1950, plusieurs équipes de recherches établirent le rôle du LSD comme catalyseur de la psychothérapie, par le biais de sa capacité à approfondir et à intensifier le processus psychothérapeutique. Les pionniers de cette approche furent Busch et Johnson (1950), et Abramson (1955, 1960), aux États-unis ; Sandison, Spencer et Whitelaw (1954, 1957), en Angleterre ; et Frederking (1955) en Allemagne de l'Ouest. Leurs résultats attirèrent une attention considérable parmi les psychiatres et stimulèrent des cliniciens de nombreux pays du monde à commencer l'expérimentation thérapeutique du LSD dans leur propre pratique.

Jusqu'à la fin des années 1950, chacun y va de son récit ou de celui des élèves et collaborateurs que l'on a entraînés dans l'aventure. Une étude rétrospective concernant l'expérimentation médicale du LSD en Californie[76], entre 1955 et 1961, totalise, sur l'ensemble des cobayes, 24 % de médecins et de psychologues. En France, à la même époque, quelques psychiatres expérimentèrent également le LSD, essentiellement à l'hôpital psychiatrique Sainte-Anne

à Paris, autour du laboratoire de psychophysiologie et de psychothérapie du Pr Soulairac[77].

Dans les quinze années qui suivirent, de très nombreuses publications confirmèrent la proposition initiale que le LSD pouvait accélérer le processus psychothérapeutique et raccourcir le temps nécessaire au traitement de différents troubles émotionnels, ce qui en faisait un outil potentiellement valable dans l'arsenal thérapeutique psychiatrique[78]. En outre, apparut un nombre croissant d'études indiquant que la psychothérapie assistée par le LSD pouvait être utile à certaines catégories de patients psychiatriques habituellement considérés comme étant de mauvais candidats à la psychanalyse ou à d'autres formes de psychothérapies. De nombreux chercheurs individuels et des équipes thérapeutiques firent ainsi état de succès thérapeutiques à des degrés variables avec les patients alcooliques, héroïnomanes, sociopathes, criminels psychopathes, et des sujets avec différents troubles du caractère.

Au début des années 1960, un domaine nouveau et passionnant de la psychothérapie par LSD fut découvert : le soin des patients atteints d'un cancer ou d'autres maladies incurables. Les études avec les individus en fin de vie indiquaient que la psychothérapie par LSD pouvait non seulement apporter un soulagement de la souffrance émotionnelle et de la douleur physique associée aux maladies chroniques, mais aussi changer de manière radicale la conception de la mort et l'attitude du patient envers elle[79].

Stolaroff et ses collègues conduisirent un programme pendant plusieurs années au début des années 1960 à la Fondation internationale pour les études avancées à Menlo Park en Californie. La thérapie nécessitait plusieurs séances préliminaires d'évaluation psychologique, de sélection et de préparation, avant que le sujet ne bénéficie d'une journée entière de traitement par LSD, avec une surveillance au cours de toute la journée suivante par quelqu'un ayant

déjà terminé le même programme. Le livre de Bishop *The Discovery of Love* (1963) comporte des témoignages de patients ayant fait l'expérience de ce programme. On peut également citer l'ouvrage de Myron Stolaroff, *The Secret Chief*, qui regroupe des conversations avec Jacob, un thérapeute américain qui pratiqua secrètement, pour échapper aux poursuites judiciaires dont il aurait pu faire injustement l'objet, des thérapies au LSD avec plus de 3 000 patients, jusqu'à sa mort en 1988.

On peut distinguer deux types de psychothérapies au LSD : l'approche psycholytique et celle dite « psychédélique ».

Les années 1950 furent marquées par les travaux de Sandison et de son équipe qui créèrent l'approche psycholytique avec le LSD. Utilisant de faibles doses de LSD, Sandison[80] montra comment cette substance pouvait favoriser le travail avec l'inconscient de ses patients névrotiques, en restant dans un cadre classiquement psychanalytique. Plus tard, quelques études furent conduites, avec un minimum de variables contrôlées (donc avec un protocole d'évaluation plus proche des normes actuelles), avec le LSD pour la thérapie psycholytique[81]. Les résultats montraient peu d'évidence pour la supériorité de la thérapie psycholytique sur la thérapie conventionnelle. Néanmoins, l'étude en double aveugle (encore plus rigoureuse scientifiquement) de Soskin[82] indiqua, en accord avec de nombreuses études non contrôlées, que l'action du LSD pouvait accentuer et approfondir le processus psychothérapeutique. Hans Carl Leuner (à partir de 1955, en Allemagne) pratiquait, lui aussi, des thérapies psycholytiques, avec de relativement petites doses de LSD (50 à 100 µg), qui conduisaient à des états de rêve éveillé, facilitant les processus de décharge émotionnelle (catharsis) dans le cours des psychothérapies.

Les années 1960 furent marquées, quant à elles, par les

travaux de Hoffer et Osmond (1966), qui créèrent l'approche psychédélique. Au départ, Hoffer et Osmond, ayant remarqué que les patients alcooliques restaient abstinents après être passés par l'expérience traumatisante d'un delirium tremens, voulurent en provoquer une équivalente par de hautes doses de LSD (150 à 300 µg), poussant ainsi les patients à l'abstinence. En fait, ils constatèrent que, contrairement à leur hypothèse de départ, ce qui conduisait les patients à l'abstinence durable n'était pas des effets traumatiques, mais bien au contraire des expériences très positives d'expansion de la conscience et de sentiment religieux[83]. Suite à ces premières expériences, Hoffer et Osmond développèrent la technique de traitement psychédélique. Cette procédure établit l'induction d'expériences religieuses mystiques comme étant à la base de son action thérapeutique. Elle utilise une préparation quasi religieuse du patient, des plus hautes doses de LSD, un environnement spécifique et de la musique. L'effet transformant du processus mort-renaissance conduisant à des états d'« unité cosmique » y est particulièrement souligné. Cette approche fut affinée durant les années 1960 et atteint sa forme la plus aboutie dans les études scientifiques rigoureuses menées au Spring Grove Hospital, dans le Maryland, et dans le Centre psychiatrique de recherche du NIMH, à Catonsville, également dans le Maryland (États-Unis)[84].

Enfin, une combinaison des approches psycholytiques et psychédéliques fut suggérée en premier par Alnaes (1965) et Grof (1967). Cette approche « psychédélytique », développée à partir des années 1970, intègre à la fois les effets intenses des séances individuelles avec de hautes doses psychédéliques et l'élaboration des productions de l'inconscient au cours d'une série de séances psycholytiques à faibles doses de PDL. Elle est considérée comme la forme la plus moderne d'utilisation des psychédéliques et a déjà été appliquée lors de quelques études pilotes[85], et

notamment lors de l'étude suisse de la SAePT, entre 1988 et 1993 au cours de son expérimentation du LSD et de la MDMA (se référer aux études sur la MDMA, citées plus haut).

Enfin, citons ici, pour son caractère original et exceptionnel, le travail de Jan Bastiaan, praticien hollandais (ancien directeur de l'Institut de psychanalyse d'Amsterdam) qui utilisa avec succès la « LSD thérapie » dans le traitement des troubles psychotraumatiques (PTSD) chez les survivants des camps de concentration[86].

L'expérience du LSD permit d'établir une règle fondamentale, valable pour l'utilisation de toutes les autres substances psychédéliques : l'importance primordiale du cadre thérapeutique pour induire les effets bénéfiques désirés. Les premières études thérapeutiques reposant sur les mécanismes purement pharmacologiques du LSD, c'est-à-dire se contentant de donner le LSD à des sujets dans un laboratoire, ne montraient aucun effet intéressant : le LSD ne provoque des effets positifs que dans un cadre en lui-même thérapeutique. L'utilisation optimale du LSD pour des objectifs psychothérapeutiques devrait toujours impliquer l'administration de la substance dans le cadre d'un programme psychothérapeutique très élaboré, où les facteurs extra-pharmacologiques jouent le rôle essentiel. Le LSD n'est conçu que comme un catalyseur qui active des potentiels psychiques innés, d'une manière relativement non spécifique.

L'histoire du LSD et des autres hallucinogènes dans la culture américaine, ainsi que ses nombreuses et extraordinaires conséquences sociales et politiques ont été décrites par Jay Stevens (1987) dans son livre *Storming Heaven – LSD and the American Dream.*

Le LSD, un complément thérapeutique pour les patients alcooliques

Le cadre thérapeutique étant par définition assuré dans la thérapie psycholytique, intéressons-nous à la thérapie psychédélique. Je vais illustrer l'importance des facteurs extra-pharmacologiques par l'exposé de deux cas extrêmes et opposés, l'un utilisant un programme à haut potentiel thérapeutique amenant des résultats très favorables de la thérapie assistée par LSD[87], l'autre avec un cadre quasiment « antithérapeutique »[88] et concluant à l'inefficacité du LSD, en sachant que ces deux études s'adressaient au même type de patients : des sujets alcooliques hospitalisés.

À partir de 1963, un groupe de psychiatres et de psychologues travaillant à Catonsville dans le Maryland (États-Unis) entreprit une exploration systématique du potentiel de la thérapie psychédélique pour le traitement de divers troubles psychiatriques, l'entraînement de professionnels de santé mentale et le soin aux patients mourant de cancer. Ce programme de recherche, mené initialement dans l'unité de recherche du Spring Grove Hospital, et, à partir de 1969, au Centre de recherche psychiatrique du Maryland à Catonsville, fut dirigé par le Dr Albert Kurland. L'équipe de ce centre et le cadre proposé au patient étaient un modèle du genre, tant tout y était pensé de manière thérapeutique, humaine et spirituelle. Dans l'étude qui commença en 1963, 69 patients alcooliques hospitalisés furent étudiés, et tous améliorèrent leur score à une échelle de personnalité, le MMPI. Aucun patient ne fut mis en danger par le LSD, et certains d'entre eux connurent une amélioration spectaculaire. Dans ce groupe de patients, pour une pathologie très difficile à traiter habituellement, 23 (soit 33,33 % de l'échantillon) restèrent abstinents au suivi de six mois. Les résultats de l'approche habituelle de traitement dans l'unité de traitement de l'alcoolisme du même hôpital étaient

seulement de 12 % de rémission à 6 mois[89]. Pour confirmer ces premiers résultats et montrer que ceux-ci n'étaient pas liés uniquement à l'enthousiasme de l'équipe traitante, un groupe contrôle fut introduit lors d'une deuxième étude[90]. La même équipe prit ainsi en charge deux groupes de patients, l'un recevant une dose psychédélique de LSD et l'autre, une dose plus basse. L'utilisation d'une dose de 50 µg de LSD comme contrôle permettait de mieux comprendre comment une dose élevée et le passage par une expérience mystique agissent, en comparaison avec la libération émotionnelle et la résolution de conflits internes qui peuvent se dérouler avec une faible dose. L'étude comporta 135 patients qui reçurent, par tirage au sort, soit une forte dose (450 µg), soit une faible dose (50 µg) de LSD. Une batterie de tests psychologiques fut administrée avant l'acceptation dans le programme et une semaine après la séance psychédélique. Les progrès des patients furent évalués aux sixième, douzième et dix-huitième mois après la fin du programme de thérapie. Une semaine après la séance, les deux groupes thérapeutiques connurent une amélioration statistiquement significative des notes de leurs tests. Une équipe indépendante de travailleurs sociaux conduisit les évaluations du suivi. Elle conclut que 44 % du groupe haute dose était vraiment réhabilité contre seulement 25 % du groupe basse dose. Le taux d'abstinence à six mois après la fin de l'étude était de 53 % pour le premier groupe et de 33 % pour le second, avec une différence statistiquement significative ($p < 0,05$). Un an après la fin du traitement, il n'y avait plus de différence statistiquement significative entre les deux groupes. Et, un an et demi après le traitement, la psychothérapie assistée par LSD (hautes doses et basses doses confondues) s'avéra un succès pour environ la moitié des patients alcooliques, alors que la même population, traitée dans le même hôpital de manière conventionnelle, n'avait un taux de réussite que de 12 %.

Ces résultats de l'équipe du Spring Grove sont en contraste total avec ceux de l'étude contrôlée conduite par Ludwig, Levine et Stark, au Mendola State Hospital à Madison (Wisconsin, États-Unis).

Les auteurs assignèrent 176 patients alcooliques volontaires dans l'un des quatre groupes suivants, par tirage au sort : 1) thérapie psychédélique avec le LSD, 2) thérapie « hypnodélique » (séance d'hypnose réalisée alors que le sujet a pris du LSD), 3) administration de LSD seul et, 4) pas de thérapie spécifique (juste la thérapie institutionnelle classique). Les résultats de cette étude furent extrêmement négatifs : les auteurs ne trouvèrent aucune différence significative entre les différents groupes de patients, pour lesquels les taux de rechute furent tous très élevés. Cette étude respectait tellement bien les critères de recherche de l'époque qu'elle reçut même le prix Hoffheimer de l'Association psychiatrique américaine. Et pourtant, concernant tous les principes de psychothérapie assistée par psychédélique, des déficiences énormes peuvent y être repérées, cachées derrière une méthodologie de recherche apparemment soignée et méticuleuse. Examinons-les une à une. Les auteurs prétendaient tester la psychothérapie psychédélique par LSD alors qu'ils n'employèrent qu'une approche psycholytique, qui n'a jamais prétendu être efficace dans le traitement de l'alcoolisme. Les thérapeutes engagés dans le projet ne se sentaient pas impliqués dans ce travail qu'ils ne considéraient que comme une activité périphérique. Aucun d'entre eux n'avait personnellement exploré d'état psychédélique ou hypnotique (ce qui est pourtant un prérequis indispensable pour accompagner ensuite quelqu'un d'autre dans ces états) ; ils n'avaient pas d'expérience en tant qu'hypnothérapeutes et n'avaient pas pratiqué auparavant de psychothérapie assistée par psychédélique, se contentant d'un cours de formation accélérée superficiel pour chacune de ces approches. La préparation des patients à la

séance LSD (quand on sait à quel point elle est importante et nécessite cinq à dix séances d'une heure) ne consistait qu'en une séance de deux heures, dont la moitié était passée à réaliser des mesures de suggestibilité. Bien que les doses de LSD aient correspondu à la frange inférieure du dosage psychédélique (3 µg/kg), l'approche était essentiellement psycholytique. Il y avait un échange verbal continu, qui est connu pour augmenter les résistances du patient et interférer avec la régression profonde nécessaire. Les thérapeutes n'étaient présents aux côtés du patient que trois heures puis le laissaient seul pour le reste de la séance. Les expériences mystiques, considérées comme essentielles dans la cure psychédélique de ce genre de patients, apparurent chez 8,4 % d'entre eux, comparés aux 78 % de l'étude du Spring Grove. Ces auteurs avaient donc construit leur étude autour d'un certain nombre d'éléments antithérapeutiques qui garantissaient un échec thérapeutique. L'utilisation de thérapeutes inexpérimentés et non motivés, une préparation défectueuse des patients, une orientation antimystique, la violation des règles fondamentales de la thérapie psychédélique et un manque critique de soutien humain peuvent être mentionnés ici comme des facteurs déterminants. Le LSD peut être considéré comme un facilitateur, et dans cette étude il semble avoir facilité la médiocrité, dissimulée derrière une présentation brillante et parée d'une élégante méthodologie statistique.

Le sevrage des héroïnomanes

Sur la base de ses résultats encourageants, l'équipe du Centre de recherche psychiatrique du Maryland conduisit une étude sur la psychothérapie assistée par LSD pour des héroïnomanes[91]. Une moitié des volontaires reçut une haute dose (200-500 µg) de LSD après avoir bénéficié

d'une moyenne de 24 heures de préparation psychologique intensive, alors que l'autre moitié participait au programme habituel de soins contre la toxicomanie, dans la même institution, étalé sur une même durée. La répartition des patients entre le groupe expérimental (LSD) et de contrôle se fit par tirage au sort. On demandait aux deux groupes de rester en contact régulier avec l'hôpital de jour de la clinique après le traitement et de procéder à des analyses d'urine régulière pour contrôler la présence ou non de drogue. 11 des 34 patients du groupe LSD restèrent abstinents dans les six mois, contre un seul dans le groupe contrôle. Après un an de suivi, 8 patients du groupe LSD étaient encore abstinents, et aucun dans le groupe de contrôle. On peut considérer ces résultats comme très prometteurs dans cette population de patients si difficiles à traiter. Les études de suivi habituelles des patients héroïnomanes indiquent en général un taux de rechutes de 94 à 97 % dans les quelques semaines qui suivent un traitement conventionnel de cette toxicomanie.

Un aspect de la thérapie psychédélique avec les alcooliques et héroïnomanes mérite une attention. Alors que le traitement efficace des névroses et troubles psychosomatiques nécessite toute une série de séances psycholytiques, pour les patients dépendants, des améliorations spectaculaires sont fréquemment observées après une seule prise de LSD à doses élevées. Nous avons mentionné plus haut que l'on pouvait relier cela à la facilité avec laquelle de nombreux patients alcooliques ou héroïnomanes pouvaient atteindre des états de conscience transcendantaux. Dans le programme du Spring Grove, le nombre de séances par patient était limité par le protocole de recherche. Tous les héroïnomanes et la plupart des alcooliques bénéficièrent d'une seule séance de LSD ; certains patients alcooliques eurent deux ou, exceptionnellement, trois séances de LSD. Il existe de bonnes raisons de penser que de bien meilleurs résultats pourraient avoir été obtenus si le protocole de

recherche avait été moins restrictif. Dans une pratique clinique plus ouverte à Prague, où il était possible d'administrer des séries de séances de LSD, Grof (2008) rapporte avoir observé dans plusieurs cas non seulement des abstinences durables, mais aussi des restructurations positives très profondes de la personnalité dépendante de ces patients.

Un autre enseignement est ainsi à tirer de ces recherches : l'utilité des doses répétées dans le temps. L'effet positif du LSD sur l'alcoolisme semble être d'au moins deux mois, mais, pour le faire durer, il faut, dans certains cas, renouveler les prises. Halpern (2007), en se basant, d'une part, sur l'article d'Abuzzahab et Anderson (1971), qui passèrent en revue 31 recherches effectuées entre 1953 et 1969 sur les effets du LSD, portant sur 1 105 alcooliques en tout, et, d'autre part, sur l'une des études contrôlées les plus rigoureuses effectuées avec le LSD dans ce domaine[92], aboutit à la conclusion suivante : les effets antiaddictifs du LSD sont prouvés sur une période de deux mois. Après, dans certains cas, pour prolonger l'effet thérapeutique et soutenir le sujet dans son processus de changement, il faut une prise de rappel. Cela est à rapprocher des études ayant montré que la prise régulière de peyotl (Indiens natifs d'Amérique du Nord)[93] ou d'ayahuasca (Indiens d'Amérique du Sud)[94] dans un cadre ritualisé, collectif et religieux, diminue le taux d'alcoolisme et de toxicomanie chez une population pourtant à risque élevé.

Le LSD pour soulager la douleur et accompagner les patients en fin de vie

C'est une application essentielle du LSD. Entre 1963 et 1967, le psychiatre Eric Kast publia plusieurs articles illustrant son travail pionnier d'administration de LSD aux mourants à l'École médicale de Chicago. Pour cinquante patients atteints de gangrène, Kast compara le Dilaudid,

le Demerol et le LSD, pour leurs effets antalgiques. Le Dilaudid permit trois heures de soulagement de la douleur, le Demerol deux heures, et, de manière remarquable, le LSD eut un effet antalgique de 92 heures, allant même parfois jusqu'à dix jours[95]. Avec le LSD, les effets analgésiques surviennent plus lentement, mais durent significativement plus longtemps. Dans l'étude suivante de Kast, concernant 128 patients, la douleur disparaissait pendant douze heures et était réduite pendant deux à trois semaines[96]. Kast expliqua ces résultats comme l'« atténuation de l'anticipation ». Il émit l'hypothèse que, chez les sujets malades, l'anticipation de la mort provoquait de l'anxiété et que, par le biais des mécanismes psychologiques du déni et du déplacement, celle-ci se transformait en symptômes physiques, principalement de la douleur. Selon Kast, la nature bouleversante de l'expérience psychédélique les « distrayait » de leur anticipation de la mort, réduisant ainsi l'anxiété et le besoin de la transformer en douleur[97].

Dès 1965, Pahnke, Grof, Yensen, et d'autres membres du Spring Grove State Hospital, conduisirent des recherches sur l'utilisation du LSD chez les patients cancéreux. Ces chercheurs trouvèrent que l'analgésie ne dépendait pas tellement de la dose de LSD, mais de la survenue d'une expérience mystique. Ils trouvèrent aussi que, même dans le groupe des sujets ayant une expérience mystique, l'effet analgésique n'était pas constant. En revanche, le changement d'attitude envers la mort était constant. Avec ce changement, avec la prise de distance et une plus grande acceptation de certaines souffrances, la relation avec la famille se voyait aussi améliorée, ouvrant la voie vers une mort plus paisible[98]. Ainsi, il était possible d'éviter à un plus grand nombre de malades de finir leur vie en colère ou isolés : ils vivaient leurs dernières semaines de vie dans un état d'esprit infiniment plus serein.

Les derniers travaux de Pahnke fournissent un autre exemple de recherche sur les effets curateurs de l'expérience

mystique lors d'une thérapie psychédélique. Pahnke (médecin et prêtre) donna du LSD à 17 patients mourants. Ces sujets furent extrêmement bien préparés avec beaucoup d'attention et d'humanité. Deux tiers d'entre eux connurent une amélioration importante ou moyenne concernant la tension, la dépression, la douleur ou la peur de la mort, mais il n'y avait pas de groupe contrôle[99]. Voici comment Pahnke décrivit ce qu'il observa, dans la *Revue théologique* de Harvard :

> « Plus de sérénité, de paix et de calme. Le plus frappant était une diminution de la peur de la mort. Il semble que l'expérience mystique, en ouvrant l'esprit des patients à des domaines habituellement inexplorés de la conscience humaine, peut procurer un sentiment de sécurité qui transcende même la mort. Une fois le patient en mesure de relâcher toute l'énergie psychique qui le liait à la peur de la mort et à la préoccupation pour le futur, il semble capable de vivre plus pleinement le présent. Il peut porter son attention aux choses qui ont le plus de signification dans l'ici et maintenant. Ce changement d'attitude a un effet sur tous les gens de son entourage. La profondeur et l'intensité du degré de proximité interpersonnelle peuvent être accentuées au point que l'honnêteté et le courage émergent dans un mélange de confrontation et d'acceptation globale de la situation dans tous ses aspects. »

Grof écrivit un livre remarqué avec l'anthropologue Joan Halifax, sous le titre *The Human Encounter with Death*[100], basé sur son travail au Spring Grove Hospital. Grof et Halifax y décrivent les effets analgésiques des psychédéliques comme relativement imprévisibles, mais les effets philosophiques et psychospirituels, comme profonds et durables. Comme Kast, ils émirent l'hypothèse que la raison pour laquelle les gens tiraient un tel profit analgésique du LSD n'était pas due à une qualité analgésique intrinsèque à

cette substance. Dans la culture occidentale, il est bien plus acceptable de dire « j'ai mal, donnez-moi un médicament pour ôter cette douleur » que de dire « je suis terrifié à l'idée de mourir, et il n'y a rien que vous puissiez faire pour moi ». D'où l'idée qu'une partie de la douleur chez le cancéreux en phase terminale résulte en fait d'un déplacement d'une peur de la mort. Quand les patients vivaient une expérience mystique sous LSD (ou potentiellement toute expérience réduisant la peur de la mort, comme une révélation spirituelle, ou une expérience de mort imminente), ils avaient moins besoin de déplacer leur anxiété sur des symptômes douloureux plus acceptables socialement, et ainsi le degré de douleur physique ressenti pouvait diminuer. Grof étudia 60 patients en phase terminale et leur prescrivit soit du LSD, soit de la dipropyltryptamine (un autre PDL) : 29 % d'entre eux connurent une amélioration très importante, et 41,9 % une amélioration moyenne. Ici encore, Grof décrit que « la découverte la plus surprenante fut leur changement d'attitude envers la mort et la conception de la mort elle-même[101] ». On comprend bien qu'après l'interdiction du LSD aux États-Unis des voix s'élevèrent pour demander la continuation de la recherche dans ce domaine[102]. Les nouvelles autorisations de traitement par LSD pour les mourants sont décrites en annexe.

LSD et autres douleurs insoutenables : membres fantômes et algies neurovasculaires de la face

Le LSD s'est également révélé intéressant pour le traitement d'autres douleurs, ses effets analgésiques pouvant parfois persister longtemps après l'administration en phase aiguë. Par exemple, certains patients souffrant d'une « douleur du membre fantôme[103] » peuvent connaître une amélioration remarquable de leur douleur quand on leur

donne une dose subpsychédélique de LSD (25 à 50 µg) chaque jour pendant trois semaines[104]. Ces effets analgésiques persistent pendant des semaines puis déclinent lentement après l'arrêt du LSD, suggérant que ses bénéfices s'étendent bien au-delà de l'effet pharmacologique aigu. Cet effet du LSD sur la douleur du syndrome du membre fantôme avait déjà été testé antérieurement[105].

Heureusement, après une longue période d'arrêt de trente ans, les recherches sur la douleur et les PDL ont pu reprendre, notamment grâce aux travaux de Sewell et Halpern dans le domaine des algies neurovasculaires de la face et des névralgies (douleurs nerveuses) idiopathiques (c'est-à-dire sans causes apparentes) d'un des nerfs du visage, appelé médicalement le « trijumeau ». Ces douleurs sont extrêmement intenses, « comme une cigarette allumée appuyée sur un côté du visage », ou « comme si vous étiez en train d'accoucher à travers l'orbite », disent ceux qui en souffrent. Elles surviennent par crise de plusieurs heures, une à huit fois par jour, par séries s'étalant sur 4 à 8 mois, avec une ou deux séries de crises par an. Parfois, les douleurs sont chroniques, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de période de rémission entre les séries de crises. Si cela arrive et que la personne ne trouve pas de traitement efficace (ce qui est le cas chez au moins 10 %), elle finit par se suicider (on appelle aussi cette maladie les « maux de tête suicidaires »).

Heureusement, en 1995, un patient, Craig Adams, fit une découverte par sérendipité[106]. Il remarqua qu'en prenant du LSD ou bien de la psilocybine ses crises s'arrêtaient (action abortive). Cela mettait aussi fin à la série de crises (action prophylactique) et retardait la survenue d'une nouvelle série dans l'année (action d'allongement de la rémission). Cette dernière action ne se retrouvait pas avec les médicaments classiquement employés dans ce trouble. Suite à sa découverte, et grâce à l'engagement d'un autre patient, Bob

Wold, une association fut créée en 2001, Clusterbusters (du nom de l'affection en anglais), dédiée à la diffusion de l'utilisation de la psilocybine pour ce type de maux de tête, en tentant d'impliquer et de convaincre les autorités médicales.

C'est ainsi que les Drs Sewell et Halpern, du McLean Hospital, furent contactés par l'association Clusterbusters, et commencèrent une étude en 2006. Celle-ci porta sur 53 patients volontaires, prenant soit de la psilocybine, soit du LSD pour soigner leurs maux de tête. Les patients démontrèrent des taux élevés de réponse à la psilocybine et au LSD, à la fois pour l'action abortive (comparable au taux de réussite des médicaments classiques) et pour l'action prophylactique (bien supérieure aux médicaments classiques). Il faut noter que la prophylaxie avec des médicaments conventionnels implique de prendre tous les jours la médication, dès le début d'une série de crises, alors que la prophylaxie avec la psilocybine ou le LSD ne nécessite qu'une seule dose de LSD ou plusieurs doses de psilocybine espacées chacune par cinq jours d'intervalle au début de la série de crises. Le phénomène le plus intéressant fut la découverte d'une nouvelle propriété thérapeutique, l'allongement de la période de rémission entre les séries de crises, chez 91 % avec la psilocybine et 80 % avec le LSD (pour certains patients, même, les crises ne revinrent jamais). Quant aux patients souffrant d'une forme jusque-là chronique, sans rémission, ils connurent grâce à la psilocybine des périodes de rémission allant de 24 heures à 8 mois, et certains ne remplirent plus les critères de névralgie *chronique*. Des deux patients chroniques qui prirent du LSD, l'un vécut une rémission de 10 jours qu'il qualifia de « miraculeuse », et l'autre fut libre de toute douleur pendant 2 mois.

Parce qu'ils avaient pris de la psilocybine ou du LSD, 64 % des participants déclarèrent que, depuis, ils ne pre-

naient plus aucune autre médication abortive ou prophylactique pour leurs crises. Aucun d'entre eux ne dut arrêter ces PDL du fait d'effets secondaires intolérables. La plupart trouvèrent la psilocybine ou le LSD plus efficaces que les médicaments conventionnels pris antérieurement.

Du fait des conditions de l'étude, qui a été faite sans procédure en aveugle ni groupe contrôle, une étude pilote contrôlée en double aveugle est nécessaire pour confirmer définitivement ces résultats. De telles investigations sont en cours (voir annexe, page 324). L'algie neurovasculaire de la face pourrait bien alors être la première maladie purement neurologique à répondre à la psilocybine et au LSD[107].

LSD et troubles obsessionnels compulsifs : une piste à suivre ?

Les PDL, agissant sur le système sérotoninergique cérébral, ont le potentiel de soulager les symptômes du trouble obsessionnel compulsif (TOC)[108]. Cela semble être le cas pour le LSD. Savage et ses collaborateurs (1962) ont fourni la première publication soulignant l'effet d'un PDL sur le TOC, lorsque après deux prises de LSD un patient souffrant de dépression et de violentes pensées sexuelles obsédantes ressentit une amélioration profonde et durable. Bandrup et Vanggaard (1977) rapportent le cas d'un patient ayant souffert de pensées obsessionnelles sévères et d'une peur de la contamination. Après un traitement hebdomadaire par LSD sur une période de 15 mois, sans aucune psychothérapie concomitante, les symptômes commencèrent à s'atténuer, et trois ans après le traitement le patient n'avait plus aucun symptôme, et avait repris une vie professionnelle et personnelle tout à fait satisfaisante. Leonard et Rapoport (1987) publièrent le cas d'un adolescent ayant un TOC et qui, après plus d'une centaine de prises de LSD, notait que

ses pensées obsédantes devenaient pires pendant une heure, puis s'ensuivait une rémission totale pendant 4-5 heures. Évidemment, des cas isolés ne constituent pas une preuve de l'effet thérapeutique du LSD mais incitent à se pencher sur la mise en place d'un protocole scientifique de recherche pour connaître son utilité potentielle dans les TOC. D'autant que l'innocuité du LSD semble encore une fois montrée dans ces cas où il fut consommé à de nombreuses reprises avec une suite tout à fait favorable dans la vie de ces personnes.

La sécurité au long cours du LSD

Trois études de suivi permettent d'évaluer les effets au long terme des thérapies au LSD. Celle de Maalste et Ossebaard (1998-1999) concerne les thérapies menées par Bastiaans en Hollande entre 1950 et 1980 ; celle de Metzner (1998) et Doblin (1998), les thérapies menées par Leary ; et, enfin, celle de Doblin[109], le travail pionnier d'Oscar Janiger, à Los Angeles. Ces études montrent l'intérêt indéniable à long terme de ces traitements, pour une fraction significative des sujets interviewés (qui ont aujourd'hui, pour la plupart, plus de 70 ans), et l'absence quasi totale d'effets secondaires indésirables, même chez des patients présentant des troubles sévères.

Au vu de toutes ces recherches, on peut vraiment se demander comment une substance qui avait fait scientifiquement, et auprès de si nombreux cliniciens et patients, la preuve de son utilité se soit vu classer du jour au lendemain dans la catégorie des drogues privées d'« utilité médicale et scientifique » aux États-Unis en 1966. Il est important de ne plus reproduire les mêmes erreurs maintenant que les PDL ont une chance d'être à nouveau prescrits médicalement.

Les champignons à psilocybine

La psilocybine est la 4-phosphoryloxy-N, N-dimethyltryptamine, et se rencontre dans la nature chez de nombreuses espèces de champignons, comprenant les genres psilocybe, conocybe, gymnopilus, panaeolus et stropharia. Les champignons à psilocybine poussent dans de nombreuses zones du globe, incluant les États-Unis et l'Europe, mais, jusqu'à récemment, ils étaient principalement consommés au Mexique et en Amérique centrale.

Un peu d'histoire

Les écrits du moine franciscain Berhardino de Sahagun, *Historia General de las Cosas de Nueva España* (1598), indiquaient déjà que les autochtones (que l'on appelle maintenant les « Indiens natifs d'Amérique ») utilisaient ces champignons pour des activités religieuses mais aussi thérapeutiques, en donnant à l'homme-médecine certains pouvoirs visionnaires qui lui permettaient non seulement de reconnaître la cause d'une maladie, mais aussi le guidaient pour le traitement. Après la conquête espagnole du Nouveau Monde, la Sainte Inquisition jugea que ces rituels étaient l'œuvre du diable, alors que les natifs considéraient les effets des champignons comme la manifestation directe de l'œuvre de Dieu, appelant ces champignons Teonanacatl (« la chair des dieux »). Elle en condamna donc l'usage au début du XVII^e^ siècle. Vouée à la pratique clandestine par la répression et la conversion forcée au christianisme, on pensait que l'utilisation cérémonielle des champignons à psilocybine s'était éteinte, jusqu'à sa redécouverte en 1955 par le banquier new-yorkais, et mycologue amateur, R. Gordon Wasson. Autorisé à suivre un rituel de guérison conduit dans les montagnes d'Oaxaca, au Mexique, par une chamane locale, Maria Sabina, Wasson put ingérer des champignons de l'espèce *Psilocybe mexicana*. Wasson écrira plus tard un

récit de son expérience bouleversante avec les champignons magiques légendaires du Mexique pour le magazine *Life*, en 1957, et stimulera par là même l'intérêt des Occidentaux pour ce phénomène jusqu'alors inconnu[110].

Plusieurs années après la découverte de Wasson, des spécimens de champignons furent envoyés à Bâle (Suisse), dans le laboratoire du chimiste Albert Hofmann, qui en isola les deux principes actifs, appelés psilocybine et psilocine. Comme pour le LSD, la psilocybine est un stimulant très puissant des récepteurs à sérotonine de type 2A et 2C, et sa force de liaison à ces récepteurs est directement corrélée à la puissance de son effet hallucinogène chez l'homme[111]. Bien qu'elle n'ait pas bénéficié d'un courant de recherche aussi large que le LSD, le profil d'action psychopharmacologique de la psilocybine fut néanmoins bien étudié au cours des années 1960. La dose active de psilocybine fut située entre 10 et 20 mg, avec une expérience durant de 4 à 6 heures.

Physiologiquement, la psilocybine est semblable au LSD mais plus douce. Les effets psychologiques sont aussi semblables au LSD, l'expérience avec la psilocybine étant jugée plus fortement visuelle, moins intense, plus euphorique et avec moins d'éventuelles réactions transitoires de panique ou de paranoïa que le LSD. D'autres avantages de la psilocybine comparée au LSD sont : des effets plus courts, moins d'effets secondaires neurovégétatifs, moins de tendance à se sentir dépersonnalisé, une expérience globalement positive et stable, et peu de détresse lors du revécu de matériel psychique conflictuel ou traumatique… et moins de connotations politiques.

Les recherches des années 1960

L'ironie du sort (vu l'état actuel de notre législation) veut que ce soit en France que les premières recherches

psychopharmacologiques et cliniques aient été conduites avec la psilocybine, et ce pas par n'importe qui, mais bien par l'un des plus grands psychopharmacologues mondiaux de l'époque, à l'origine de la classification des neuroleptiques, le Pr français Jean Delay. Il en montra l'intérêt thérapeutique chez les patients névrotiques avec notamment l'accès facilité à des souvenirs, revécus avec une forte charge émotionnelle propice à un travail psychothérapeutique. D'autres chercheurs français accompagnèrent ces travaux pionniers[112]. Puis, durant les années 1960, d'autres recherches confirmèrent, au niveau international, la nature aisément contrôlable de l'état de conscience modifié provoqué par la psilocybine et l'innocuité physiologique (elle n'est pas dommageable pour l'organisme) de celle-ci[113]. Leuner (1994) et Yensen (1995) ont passé en revue les résultats obtenus par la psychothérapie assistée par la psilocybine dans les années 1960 : ils en concluent qu'approximativement 65 % des patients atteints de névrose sévère et chronique s'en sont trouvés significativement mieux.

Cependant, les premières études des années 1950 et du début des années 1960 ne tinrent pas compte de l'influence puissante du cadre mental et matériel sur les effets de la psilocybine[114]. Les recherches ultérieures, qui comportaient plus de préparation avant les séances et davantage de soutien interpersonnel pendant la période d'action de la substance, montrèrent très peu d'effets négatifs psychologiques, comme des réactions de panique ou des épisodes paranoïdes, et firent au contraire état de plus nombreuses expériences positives chez les sujets[115].

C'est ainsi que le groupe de Leary[116] s'intéressa à l'interaction entre le contexte thérapeutique et la substance, dans le cadre de l'administration de hautes doses de psilocybine, dans le but d'induire des expériences spirituelles qui produisent des changements dans la personnalité. Ces chercheurs étudièrent les effets de hautes doses de psilocybine sur une

centaine de volontaires sains dans différents cadres, sans aspects cliniques ou expérimentaux mais dans des milieux chaleureux et soutenants (dans la nature, au domicile de la personne, dans des églises). Les résultats furent évalués par un questionnaire, qui montra que 88 % de leurs sujets disaient qu'ils avaient appris des choses très valables sur eux-mêmes et le monde, alors que 62 % affirmaient que l'expérience de la psilocybine avait *changé* leur vie en mieux[117].

L'étude de la prison Concord, dans le Massachusetts, fut conduite par Leary entre 1961 et 1963. Elle porta sur 32 prisonniers volontaires qui, pendant six semaines, bénéficièrent de séances de thérapie de groupe et de deux prises de psilocybine à haute dose (20-30 mg pour la première séance, 50-70 mg pour la seconde). Elle évalua l'impact de séances psychédéliques sur le taux de récidives criminelles de ces prisonniers, dans les deux ans et demi après l'étude[118] ainsi que dans les trente et un ans et demi après[119]. Cette étude illustre de manière exemplaire la nécessité de programmes au long cours pour soutenir une efficacité durable des PDL. En effet, autant les prisonniers ressentirent fortement les effets bénéfiques des PDL, autant le taux de récidives criminelles ne diminua pas, faute, selon les intéressés eux-mêmes, de structures de relais et de soutien suite à leur sortie de prison. Et Doblin (1998) de conclure :

> « L'échec de l'expérience de la prison Concord pour diminuer le taux de récidives ne devrait pas être interprété comme la preuve d'un manque de valeur des PDL comme adjuvants à la psychothérapie des criminels. Plutôt, l'échec de cette étude devrait finalement mettre un terme au mythe des PDL comme étant des pilules magiques, dont l'ingestion conférerait automatiquement la sagesse et créerait des changements durables après juste une ou même quelques expériences. Des changements de personnalité peuvent être grandement

favorisés après une expérience cathartique et des prises de conscience significatives par les PDL, mais seul un travail opiniâtre et soutenu, après la disparition des effets de la substance, permettra d'ancrer et de solidifier tout progrès en direction de la guérison et du changement comportemental... Une nouvelle étude devrait voir le jour, dans laquelle la combinaison d'une psychothérapie de groupe assistée par psilocybine et d'un programme de soutien après sortie de prison pourrait être testée dans sa capacité à réduire significativement le taux de récidives. »

Une autre étude, issue du même groupe de chercheurs, sera détaillée page 259. Elle montre que des étudiants en théologie, prenant une seule fois de la psilocybine (30 mg) dans le cadre d'un office religieux, vivaient une transformation spirituelle, durable six mois[120], puis vingt-cinq ans[121] après la prise, mais non le groupe ayant reçu le placebo.

La recherche fondamentale reprend

En réponse à l'abus épidémique des hallucinogènes dans les années 1960, la recherche clinique sur la psilocybine fut interrompue et n'a repris que tout récemment dans les milieux scientifiques et psychiatriques.

Un examen des effets physiologiques et psychologiques essentiels de la psilocybine a été conduit chez des sujets volontaires sains au Centre de recherche Heffter et à l'université de Zurich en Suisse. Les effets sur la fonction cardio-vasculaire, la biochimie sanguine et les sécrétions neuro-endocrines se sont tous révélés modestes et à l'intérieur des limites de la normale. Surtout, les investigateurs ont conclu que la psilocybine n'était pas nocive pour la santé physique[122]. Vollenweider et ses collaborateurs, de Suisse, et Gouzoulis-Mayfrank, d'Allemagne, ont précisé

les effets aigus subjectifs, physiologiques et perceptuels de la psilocybine[123]. Travaillant dans l'équipe de recherche du Dr Vollenweider à l'université de Zurich, le Dr Olivia Carter et ses collègues ont étudié et publié des résultats sur les effets de la psilocybine vis-à-vis de la perception visuelle[124].

L'utilisation du PET (Positron Emission Tomography) Scan a permis d'étudier les effets de la psilocybine sur le système nerveux central. Elle y démontre une augmentation globale du métabolisme cérébral du glucose, avec une prédominance dans les zones frontales du cerveau, qui peut être reliée aux états de désintégration temporaire de l'ego et aux phénomènes de déréalisation[125]. Ce genre d'étude fait progresser notre connaissance du rôle des neurotransmetteurs dans les maladies mentales et donne des indications pour leur traitement[126].

Une étude récente conduite à Johns Hopkins Hospital porte sur des hautes doses (30 mg/70 kg) de psilocybine administrées à 36 volontaires sains. Elle n'a montré aucun effet négatif – psychologique ou physiologique – durable. Les chercheurs y ont aussi corroboré les résultats des études antérieures, montrant que la psilocybine pouvait catalyser des expériences mystiques chez des sujets préparés[127].

De nouvelles recherches cliniques

Les troubles obsessionnels compulsifs

La première étude thérapeutique par la psilocybine à reprendre aux États-Unis, après plusieurs décades d'interdiction, fut récemment conduite à l'Université d'Arizona, sous la direction de Francisco Moreno. En examinant les effets de la psilocybine sur des patients ayant un TOC (trouble obsessionnel compulsif) sévère et réfractaire, un trouble réputé pour son absence de réponse aux traitements conventionnels, l'étude de Moreno a établi un important

précédent en démontrant qu'il était à nouveau possible de conduire un traitement clinique avec des PDL, qui soit approuvé par les autorités. Nous aimerions que la France fasse preuve de la même ouverture d'esprit pour le bien de la science et de nos patients. Le raisonnement qui orienta ces chercheurs reconnus à s'intéresser aux effets thérapeutiques de la psilocybine pour les TOC fut de nature à la fois scientifique et pragmatique, et, en ce sens, pourrait bien constituer un modèle d'inspiration à reproduire. En effet, ces chercheurs firent l'hypothèse que les effets spécifiques de cette substance sur la neurotransmission sérotoninergique devaient logiquement pouvoir améliorer les TOC (aspect scientifique) ; ils prirent aussi en considération les comptes rendus anecdotiques, publiés ou non, au cours du demi-siècle précédent, décrivant le succès de l'automédication par LSD et psilocybine chez les patients souffrant de TOC[128] (aspect pragmatique).

Ainsi, Moreno et Delgado (1997) décrivent le cas d'un jeune homme adolescent présentant un TOC sévère et chronique (compulsions de vérifications et de comptage, pratique d'actions obligatoirement répétées un nombre précis de fois, et une variété de rituels de lavage) depuis l'âge de 6 ans. Il commença à utiliser l'alcool et la marijuana à l'âge de 12 ans, ce qui diminua son anxiété mais ne modifia pas ses symptômes fondamentaux de TOC. Il utilisa aussi la cocaïne, ce qui exacerba les obsessions et les compulsions ; finalement, alors qu'il était au lycée, il commença à utiliser des champignons à psilocybine dans un but récréatif. Il observa que, chaque fois, lors de l'effet psychédélique, il était libre de toute obsession ou compulsion. Par l'utilisation répétée des champignons, il continua à ressentir un soulagement de ses symptômes obsessionnels même en l'absence d'effets psychédéliques. Puis il connut une rémission symptomatique, qui dura à peu près deux ans après l'arrêt de sa consommation.

La psilocybine et le trouble obsessionnel compulsif (TOC) : un nouvel espoir thérapeutique

D'après les études préliminaires désormais disponibles, aucun traitement décrit dans la littérature médicale ne soulage les symptômes des TOC aussi rapidement que la psilocybine.
Tandis que d'autres médicaments ne produisent leur effet qu'au bout de plusieurs semaines, la psilocybine agit presque instantanément.

Le Dr Francisco Moreno et ses collègues ont ainsi étudié le potentiel thérapeutique de la psilocybine[129] chez 9 patients (7 hommes, 2 femmes) souffrant de TOC ayant résisté à une moyenne de 3,4 traitements différents par des médicaments antiobsessionnels connus. Les sujets reçurent quatre doses différentes de psilocybine, allant de doses subpsychédéliques (25 µg/kg) à franchement psychédéliques (300 µg/kg). L'échelle d'obsession et compulsion de Yale-Brown fut administrée à 0, 4, 8, et 24 heures après l'ingestion de psilocybine. La ligne de base (avant traitement) moyenne à cette échelle était pour ces patients de 24,1, ce qui est considéré comme un TOC sévère. Des réductions marquées de symptômes du TOC apparurent chez tous les sujets de l'expérience, lors d'au moins l'une des prises de psilocybine (de 23 à 100 % de réduction des scores de l'échelle de Yale-Brown). L'amélioration allait en général au-delà de la période d'évaluation de 24 heures. Ainsi, deux tiers des sujets connurent une réduction supérieure ou égale à 50 % de leurs symptômes de TOC pendant au minimum 24 heures pour au moins l'une des prises de psilocybine. Deux des sujets firent état d'une amélioration symptomatique pendant une semaine après le test, et l'un d'eux resta en rémission pendant au moins six mois. Un autre patient, qui n'avait connu qu'une amélioration minime des symptômes

du TOC, mentionna à quel point sa participation à l'étude avait été enrichissante et bénéfique pour lui. Il est donc intéressant de constater que, dans certains cas, la perception de bien-être par les sujets n'est pas le reflet exact de la notion de santé telle qu'elle est définie par les conceptions psychiatriques ou médicales établies. La psilocybine fut bien tolérée par les sujets et confirma la bonne sécurité de son emploi chez l'homme. Aucun des participants ne vécut d'expérience psychotique ou de complications émotionnelles, ni aucune sorte de comportement dangereux.

On comprend mieux l'intérêt de cette étude lorsque l'on sait qu'avec les antidépresseurs classiques la moitié seulement des patients va ressentir une amélioration satisfaisante, et que pour la plupart d'entre eux elle ne surviendra qu'au bout de un à trois mois de traitement quotidien, et ne correspondra qu'à une diminution d'un tiers à une moitié de la sévérité des symptômes. L'effet positif de la psilocybine s'étend bien au-delà de la durée de l'expérience psychédélique elle-même et de la présence de la molécule dans le corps. En fait, il existe de nombreuses données indiquant que l'administrations de PDL chez l'animal ou chez l'homme conduit à une diminution de l'activité des récepteurs postsynaptiques 1A et 2A à la sérotonine, semblable à celle retrouvée lors de l'utilisation prolongée des antidépresseurs[130]. Bien qu'il soit possible que la réduction rapide des symptômes du TOC soit liée à un simple effet pharmacologique, les gains psychologiques ou spirituels peuvent aussi influencer la perception globale qu'a l'individu de son bien-être. Moreno et Delgado (2007) concluent leur étude par cette sage recommandation :

> « Nous décourageons fortement l'usage de PDL pour le traitement des gens ayant des maladies mentales sévères s'il est pratiqué sans accompagnement ou par des individus non compétents, dans des environnements inadaptés. D'un autre

côté, nous encourageons avec enthousiasme les patients, les médecins et les scientifiques à poursuivre cette ligne de recherche. »

La qualité de vie des patients atteints de maladies graves au stade terminal

Très souvent, les personnes proches de la fin de leur existence ressentent une angoisse intense qui les empêche de mourir dans la paix, la tranquillité et la dignité[131]. Cette souffrance, lorsqu'elle se traduit par une dépression et du désespoir, s'associe à des taux de survie plus bas chez les patients cancéreux, et à des envies suicidaires ou à des suicides plus nombreux[132]. L'approche psychothérapeutique avec des patients en fin de vie met souvent en avant le rôle de la spiritualité et des valeurs comme étant d'importantes ressources pour faire face à la souffrance émotionnelle et existentielle. Pouvoir donner un sens à sa vie permet au patient de se réconcilier avec son passé, de s'accorder avec le présent et d'accepter un futur incertain[133]. Les récits de patients atteints de cancer en phase terminale attestent d'une forte corrélation positive entre l'élévation de la conscience spirituelle induite par les substances psychédéliques et l'amélioration de l'état psychologique pour le temps qu'il reste ensuite à vivre.

En avril 2004, le Dr Charles Grob a entamé une étude pilote à l'Institut de recherches biomédicales du Centre médical Harbor-UCLA, en examinant la psychothérapie assistée par psilocybine comme traitement potentiel de l'anxiété pour 12 sujets atteints de cancer en phase avancée[134]. L'étude vise à tester si la psilocybine peut être efficace pour réduire l'anxiété, la dépression et la douleur physique, améliorant alors la qualité de vie de ces patients. Il s'agit d'une étude en double aveugle, contrôlée, contre un placebo. Chaque sujet y est son propre contrôle, en participant à deux séances, l'une où il reçoit la médication

active, la psilocybine (0,2 mg/kg), et l'autre où il reçoit le placebo. Les deux séances sont séparées de plusieurs semaines, et ni le sujet ni l'équipe de recherche ne savent si le sujet reçoit le placebo ou bien la psilocybine. Pour des raisons éthiques, il fut décidé que tous les sujets auraient une chance de recevoir la médication expérimentale et qu'aucun des sujets, tous atteints de maladie mortelle, ne se verrait donc privé du traitement actif.

Début 2008, 11 des 12 sujets de son étude avaient fini leur traitement. Les résultats n'ont pas encore été publiés. Cependant, une publication récente de Grob (2007) donne un exemple du type de bénéfices ressentis par les premiers participants ayant complété l'étude.

Grob y décrit le cas d'une patiente américano-japonaise de 58 ans, atteinte d'un cancer du côlon en phase terminale :

> « Durant la séance avec la psilocybine, P. vécut un état de rêverie agréable et prolongé, avec une amélioration de son humeur et de ses tensions. Cependant, à la quatrième heure, elle commença à pleurer pendant une vingtaine de minutes. Après la séance, P. déclara que ses pleurs correspondaient à un sentiment d'empathie très profond vis-à-vis de son mari. Elle expliqua qu'au cours de cette expérience elle était "devenue" son mari, et qu'elle avait vécu elle-même la souffrance horrible qu'il ressentirait inévitablement lorsqu'elle mourrait. Dans les mois qui suivirent sa seule séance de psilocybine, P. connut un état émotionnel positif soutenu, moins d'anxiété et une plus grande acceptation de sa situation. En particulier, elle décrivit un renforcement du lien affectif avec son mari ainsi que plus d'intérêt et plus d'envie de passer des "moments de qualité" avec ses plus proches amis. Sa seule critique vis-à-vis de l'étude fut que le protocole ne permette qu'une seule prise de psilocybine. Elle exprima vivement son opinion qu'une séance de "rappel" (ou

deux) aurait pu amplifier les effets positifs qu'elle attribuait à la psilocybine. »

Une étude soutenue par la MAPS est aussi en développement pour examiner la sécurité et l'efficacité de psychothérapies assistées par psilocybine chez 9 sujets avec une anxiété liée à un mélanome au stade IV (mortel). L'étude se déroule au Centre anticancéreux du Mt. Sinai (CAMS) à Miami, et l'investigateur principal est le psychologue clinicien Sameet Kumar, du Département des services psychosociaux du CAMS. L'étude a commencé début 2008. Elle cherche à réduire l'anxiété de ces patients et à produire un plus grand confort physique, existentiel et spirituel. Elle utilise, comme contrôle, un placebo actif. Six sujets vont recevoir 25 mg de psilocybine (dose psychédélique), et seront suivis et évalués deux semaines et deux mois après l'expérience. Pour vérifier la réduction de l'anxiété, une échelle spécialisée, la HADS, sera utilisée. L'intensité de l'expérience mystique fera elle aussi l'objet d'une évaluation par une échelle.

Aidons les mourants en phase terminale de maladies graves !

Le LSD ou la psilocybine peuvent apporter une aide immense à nos mourants.
Il s'agit pour eux non seulement de mieux vivre cette dernière partie de leur vie (moins d'anxiété, de dépression, d'isolement, de souffrance physique), mais aussi de la transformer en une expérience spirituelle essentielle. Dans le cas de certaines personnes en fin de vie, atteintes de graves douleurs physiques ou morales, une attitude de non-prise en compte de l'utilité de ces PDL serait condamnable en tant que « non-assistance à personnes en danger ».

Les algies neurovasculaires de la face (ou ANF)

J'avais déjà présenté, plus haut dans ce chapitre, les protocoles en cours sur l'utilisation du LSD et de la psilocybine dans le traitement de l'ANF, à l'hôpital McLean (Université de Harvard), sous la direction de l'investigateur principal, le Dr Halpern. Je voudrais maintenant décrire comment un patient, Craig Adams, découvrit par hasard l'utilité du LSD et de la psilocybine dans cette pathologie très invalidante. Cet homme de 34 ans était atteint de crises d'ANF depuis l'âge de 16 ans. Régulièrement, tous les sept mois, il souffrait de cinq crises par jour, durant un mois. Ses douleurs pouvaient atteindre 10 sur 10 d'intensité. On lui avait prescrit un traitement par pizotifen (antihistaminique) qui s'avéra inefficace. En janvier 1993, à l'âge de 22 ans, il prit du LSD de manière récréative et fut surpris de s'apercevoir que la période de crise normalement prévue pour février ne se produisait pas. Les deux années qui suivirent, il reprit du LSD à trois reprises et n'eut pas à souffrir des quatre prochaines attaques prévues d'ANF qui auraient dû normalement se déclencher. En avril 1995, après douze mois d'abstinence, il vécut une nouvelle période de crises, qui ne purent être soulagées par un traitement conventionnel à base de propanolol et d'amitriptyline. Suspectant que son utilisation de PDL avait empêché auparavant la récurrence des crises, en octobre suivant il consomma des champignons à psilocybine et n'eut pas sa crise de novembre. Après cela, jusqu'en décembre 1996, il consomma tous les trois mois ces champignons, avec une dose représentant un quart seulement de celle produisant des effets psychédéliques. Il n'eut plus d'attaques, jusqu'à ce qu'il arrête la prise de champignons pour tester s'il y avait bien un lien direct entre leur prise et l'absence de crises. Du coup, il connut bien une nouvelle attaque en janvier 1998. Il publia une première communication sur ce sujet le 28 juillet 1998, sur Internet, et, depuis, il

consomme tous les six mois de la psilocybine, et est quasiment débarrassé de toute souffrance liée à ce trouble. À deux exceptions près. La première en 2001, lorsqu'il dut prendre une dose plus réduite que d'habitude, parce qu'il avait détruit sa réserve de champignons par crainte d'être inquiété par la police. Il s'ensuivit une période de crises de sept jours. On lui prescrivit de l'oxygène (un des traitements de l'ANF), mais l'épisode se termina avant que sa compagnie d'assurances n'approuve le traitement. Un autre épisode survint en avril 2003, parce qu'il avait délibérément, à titre d'expérience, pris une dose moindre, et vécut à nouveau une semaine d'attaques, à laquelle il mit fin par la prise d'une seconde dose de psilocybine. La 38e personne à essayer le traitement par psilocybine de son ANF sur la base des recommandations de M. Adams fut Bob Wold, souffrant d'une forme chronique résistante de cette maladie. Malgré sa réticence à prendre un traitement psychédélique, mais à défaut d'un autre traitement efficace parmi tous ceux qu'il avait déjà essayés, Wold prit plusieurs doses de psilocybine et fut stupéfait de constater l'arrêt de ses périodes de crises. Furieux que ses médecins ne lui aient pas parlé de la possibilité d'utiliser la psilocybine comme traitement efficace pour l'ANF, en 2001 il fonda un groupement appelé les Clusterbusters (*cluster headache* est le nom anglais de l'ANF), qui se dévoua à faire connaître au public l'efficacité de la psilocybine et à l'amener à l'attention de la médecine conventionnelle. Après avoir collecté une centaine de témoignages d'efficacité de cette substance, Bob Wold entra en contact avec l'équipe de recherche de l'hôpital McLean, et ainsi débuta l'étude du Dr Halpern.

L'ayahuasca

Le contexte et l'histoire

L'ayahuasca est dans l'air du temps, surtout depuis que l'usage en a été légalisé aux États-Unis en 2006, suite à un jugement de la Cour suprême des États-Unis en faveur de l'UDV (une Église syncrétique brésilienne qui utilise l'ayahuasca dans le contexte de cérémonies religieuses), au nom de la protection de la liberté religieuse. Un article du *Los Angeles Times* du 19 juin 2008 explique comment des chamanes ambulants parcourent les États-Unis pour organiser des séances collectives avec cette plante. En France, on constate aussi un intérêt croissant pour ce breuvage psychédélique : un article du *Monde 2* (25 juillet 2008) et un livre de Kounen, Narby et Ravalec en témoignent[135], ainsi que différents récits de Français ayant tenté l'expérience[136]. Il faut dire qu'il existe en Amazonie des centres de qualité, où l'ayahuasca est délivré dans un cadre traditionnel chamanique. Certains de ces centres sont même soutenus par l'État péruvien pour leur rôle reconnu d'utilité publique dans le traitement des toxicomanies[137]. L'ayahuasca occupe une position centrale dans l'ethnomédecine amazonienne. Les caractéristiques chimiques de ses constituants actifs, ainsi que ses modalités d'utilisation en font un objet d'étude intéressant pour répondre à certains questionnements actuels de la neuropharmacologie, de la neurophysiologie et de la psychiatrie.

Et pourtant la consommation d'ayahuasca a été interdite en France, un arrêté ministériel du 20 avril 2005 la classant comme substance stupéfiante. Néanmoins, les données scientifiques confirment la sûreté et l'efficacité de l'ayahuasca pris dans des conditions adéquates. Dans le chapitre sur la loi, nous essaierons de comprendre les mécanismes qui ont conduit à ce gâchis.

Le terme « ayahuasca » vient du quechua et veut dire « liane des morts » ou « liane des esprits ». Cela fait des centaines, voire des milliers d'années que les médecins traditionnels d'Amazonie prennent eux-mêmes ces plantes visionnaires, pour avoir des réponses sur le diagnostic et le traitement à apporter aux patients qui les consultent[138]. Plutarco Naranjo (1983) a trouvé en Équateur des vases cérémoniels en pierre, contenant des restes d'ayahuasca, qu'il date de 3 000 ans. La connaissance de l'ayahuasca en Occident ne date pas d'hier. Parmi les repères historiques, nous pouvons citer : le premier compte rendu en 1851, par le botaniste et explorateur Richard Spruce ; la monographie, en 1957, par Richard Evans Schultes, le père de l'ethno-psychopharmacologie, et expert mondial des plantes hallucinogènes ; les récits des deux écrivains Burroughs et Ginsberg, *The Yage Letters*, en 1963, qui permirent une première information de masse en Occident, sur l'existence de l'ayahuasca ; enfin, n'oublions pas que c'est l'ayahuasca qui a donné leur élan créateur aux anthropologues Michael Harner (qui a fondé par la suite un enseignement du chamanisme adapté aux Occidentaux) et Jérémy Narby (qui a montré le rôle fondamental de la molécule d'ADN comme point d'intégration possible entre pratiques traditionnelles et science moderne, dans le livre devenu célèbre *Le Serpent cosmique*), ainsi qu'au cinéaste Jan Kounen (*Blueberry, l'expérience interdite* et *D'autres mondes*).

Les qualités chimiques du breuvage

Le breuvage ayahuasca est en fait composé habituellement de deux ingrédients : la vigne ayahuasca elle-même (*Banisteriopsis caapi*) et les feuilles de la chacruna (*Psychotria viridis*).

La vigne contient une classe de substances psychoactives et sédatives appelées « carbolines », qui comprennent l'harmine et l'harmaline. Les feuilles de la chacruna contiennent de la diméthyltryptamine (DMT), un hallucinogène très puissant, qui est aussi produit naturellement à l'intérieur du cerveau humain.

La DMT est inactive quand on la consomme oralement : des enzymes présents dans les intestins, les mono-amines-oxydases (MAO), dégradent la DMT avant qu'elle puisse atteindre le cerveau. Cependant, les bêta-carbolines de la vigne sont des inhibiteurs naturels de la MAO (des IMAO), ce qui signifie qu'elles permettent à la DMT de rester entière et de produire ses effets. On ne peut qu'être étonnés que les Indiens d'Amazonie, vivant parmi des centaines de milliers de plantes forestières, aient été capables de découvrir la combinaison de ces ingrédients botaniques, qui, en plus, sont habituellement mis à bouillir plusieurs heures. Les Indiens disent que c'est la vigne d'ayahuasca qui leur a appris comment réaliser le breuvage.

La DMT seule, quand elle est fumée, crée une expérience visionnaire très efflorescente, avec une immersion extrêmement déconcertante dans des mondes totalement étrangers, pour une durée de moins de dix minutes.

Les bêta-carbolines, prises seules, créent des visions monochromatiques subtiles, qui sont douces, chaudes et humanisées. Un consommateur décrivait par exemple des visions de figures maternelles pleines de compassion flottant devant lui, lors d'une prise à forte dose[139].

Pour les membres de l'Église UDV, la chacruna est censée « apporter la lumière » (c'est-à-dire les visions), et la liane ayahuasca symbolise la force. En effet, réunies dans le breuvage ayahuasca, les bêta-carbolines semblent avoir un effet pacifiant et humanisant sur les visions induites par la DMT, et elles étendent la durée de l'expérience, qui passe de quelques minutes à quelques heures. Le délai d'action

est donc de une heure après l'ingestion, et les effets durent approximativement quatre heures.

L'ayahuasca, pour quoi faire ?

Winkelman (2005) a étudié la nature des motivations poussant les Occidentaux à aller consommer de l'ayahuasca en Amazonie. Ces personnes semblent être principalement à la recherche des bienfaits personnels et spirituels puissants procurés par les médecines psychédéliques. Contrairement à ce que l'on pourrait croire, elles ne sont pas à la recherche de plaisirs exotiques nouveaux, dans une dimension hédoniste, comme le terme « touristes de la drogue » semblerait l'indiquer. Leurs principales motivations concernent : les révélations et le développement spirituels ; le sentiment d'un contact direct avec la nature sacrée, Dieu, les esprits, et les énergies liées aux plantes et à l'ayahuasca en particulier ; la guérison émotionnelle, principalement vis-à-vis de traumatismes non résolus ; une introspection et une meilleure connaissance de son Soi profond ; une occasion de laisser s'exprimer le Soi supérieur pour trouver une direction personnelle à sa vie. Pour la plupart des consommateurs, les bénéfices réels obtenus correspondent à leurs attentes initiales. Comme le dit très bien Metzner (2006) :

> « Le fait que des Occidentaux se donnent la peine d'aller ingérer un breuvage au goût horrible, dans un environnement et une culture très éloignés des leurs, en sachant qu'ils vont connaître des vomissements et des visions parfois terrifiantes, est un paradoxe remarquable, et, cependant, la grande majorité des gens qui s'y essaient trouvent en lui [le breuvage] l'accomplissement spirituel le plus significatif de leur vie, ainsi que la plus profonde des guérisons. »

Les applications médicales et psychothérapeutiques : état des recherches

Quatre courants de recherche ont concerné l'ayahuasca jusqu'à maintenant : (1) l'étude des effets psychologiques, physiques et sociaux de la consommation au long cours de l'ayahuasca dans le cadre d'une pratique religieuse (Hoasca Project) ; (2) l'évaluation de l'efficacité de l'ayahuasca pour une population de toxicomanes, principalement dépendants de la pâte à base de cocaïne et du cannabis (centre Takiwasi) ; (3) les études de psychologie cognitive du Pr Benny Shanon sur les images qui surgissent pendant la prise d'ayahuasca ; (4) la connaissance de la pharmacologie et des effets physiologiques de l'ayahuasca (J. Riba et coll.).

L'Hoasca Project

Hoasca est l'équivalent d'*ayahuasca* au Brésil, où a été réalisée l'étude, dans le cadre d'une des trois religions brésiliennes qui emploient légalement l'ayahuasca comme sacrement. Durant l'été 1993, une collaboration internationale et interdisciplinaire réunit des psychiatres, des neurochimistes, des anthropologues, des physiologistes et des ethno-pharmacologues, à Manaus. Ces scientifiques provenaient de deux universités américaines (UCLA et Miami), de trois instituts de recherches brésiliens et de l'université de Kuopio en Finlande. Les résultats de ce projet furent publiés dans des revues scientifiques avec comité de lecture (gage de sérieux).

Cette étude pilote avait pour objectifs principaux d'examiner les effets physiologiques et psychologiques aigus de l'ayahuasca et de quantifier la pharmacocinétique des alcaloïdes de l'ayahuasca chez l'humain[140]. Un autre objectif était de déterminer si l'usage de l'ayahuasca avait des effets au long terme. Y avait-il des marqueurs, biochimiques

ou métaboliques, qui puissent distinguer les consommateurs réguliers, au long cours, vis-à-vis de la population générale ? En outre, quel était l'impact d'une consommation régulière, dans le cadre rituel de l'Église UDV ? Les participants ressentaient-ils la consommation d'ayahuasca et leur appartenance à l'UDV comme une influence bénéfique dans leur vie, et, si oui, de quelle manière ?

Les objectifs initiaux de cette étude étaient relativement modestes. Les résultats excédèrent les attentes de plusieurs manières significatives[141]. Les tests psychologiques ne montrèrent aucun déficit cognitif ou mental chronique chez les utilisateurs au long cours d'ayahuasca. En fait, la plupart des consommateurs avaient des performances légèrement meilleures que les sujets contrôles, non seulement pour des mesures de fonctionnement cognitif comme la facilité et le rappel verbal, ou l'habileté mathématique, mais aussi dans des domaines comme la motivation, le bien-être émotionnel et l'adaptation de la personnalité.

Il n'y avait aucune trace de toxicité aiguë lors des séances, ni de toxicité au long terme, ou d'autres effets négatifs sur la santé. L'ayahuasca, dans le contexte de l'UDV, est consommé régulièrement par une grande diversité d'hommes et de femmes entre 13 et 90 ans, et apparaît d'un usage extrêmement sûr. Beaucoup des membres les plus âgés de l'UDV, qui dépassent les 80 ans, ont utilisé l'ayahuasca régulièrement depuis leur adolescence, et sont remarquables pour leur acuité mentale, l'absence d'antécédents médicaux sérieux et leur vigueur physique.

Des entretiens psychiatriques structurés des membres de l'UDV révélèrent de remarquables similarités dans leur biographie, indiquant que l'ayahuasca (et leur appartenance à l'UDV) avait eu une influence très positive dans leur vie. Presque tous les volontaires déclarèrent qu'avant de rejoindre l'Église et de prendre l'ayahuasca, ils avaient souffert de troubles du contrôle d'eux-mêmes dans divers

domaines. L'alcoolisme, la prise de drogues, une tendance aux comportements violents, aux brutalités conjugales, à l'infidélité, à la malhonnêteté dans les affaires et d'autres comportements antisociaux étaient la norme pour eux. La plupart des membres dirent qu'après avoir rejoint l'UDV leurs premières expériences avec l'ayahuasca furent horribles, mais qu'elles changèrent profondément leur vie, de manière positive. La plupart parlèrent de visions dans lesquelles ils voyaient la vie future qui les attendait inexorablement s'ils continuaient sur la voie de leurs comportements autodestructeurs. Ils prirent alors la décision de changer en bien, et beaucoup furent récompensés par des visions d'êtres spirituels. Ces êtres les rassurèrent et confirmèrent qu'ils avaient raison de changer leur vie. Tous les volontaires dirent qu'ils avaient pris ces leçons à cœur, et que les changements qu'ils avaient par la suite introduits dans leur vie les avaient rendus plus heureux et mieux adaptés. Bien qu'elles soient difficiles à quantifier, des observations occasionnelles d'interactions sociales entre les membres de l'UDV et avec leurs conjoints, leurs parents et leurs enfants semblèrent confirmer ces déclarations aux investigateurs de l'étude. Des études plus récentes[142] ont fourni des données à la fois qualitatives et quantitatives qui soutiennent la réalité des déclarations des membres de l'UDV.

À la lumière de ces changements positifs, l'une des découvertes de l'étude, concernant les données biochimiques, apparut particulièrement intrigante. Jace Callaway, le neurochimiste de l'équipe de recherche, montra que les membres de l'UDV présentaient une élévation permanente du nombre de transporteurs de la sérotonine dans leurs plaquettes sanguines, comparés aux sujets contrôles qui n'avaient jamais consommé le breuvage[143]. Il montra par la suite que cette élévation était corrélée à une augmentation semblable au long cours des transporteurs de la sérotonine

cérébraux (ce qui, en clair, veut dire que cela permet à la sérotonine d'avoir une action renforcée sur le cerveau). Ce résultat est spécialement intéressant puisque certains syndromes comportementaux et psychologiques inadaptés semblent associés à des déficits importants dans la densité neuronale des transporteurs de la sérotonine[144]. Ces syndromes incluent l'alcoolisme sévère avec tendances à la violence, les comportements suicidaires et la dépression grave. Il apparaît donc qu'une ingestion régulière d'ayahuasca peut réellement inverser un déficit biologique qui a été associé à un comportement violent et autodestructeur. Cela permettrait aussi de répondre au problème lié à l'utilisation des antidépresseurs modernes les plus connus, inhibant la recapture de la sérotonine (classe du célèbre Prozac). En effet, si ceux-ci augmentent la présence de sérotonine au niveau des synapses (jonctions entre les neurones), au long cours ils créent une diminution du nombre de transporteurs cérébraux de la sérotonine, allant ainsi à l'encontre de l'objectif recherché. L'ayahuasca pourrait être l'alternative attendue pour une modulation sérotoninergique au long terme. Cet effet prosocial de l'ayahuasca, opposé au syndrome de déplétion en sérotonine, lui vaut une fonction d'intégrateur social bien connue dans les sociétés traditionnelles, où les cérémonies d'ayahuasca sont parfois utilisées pour permettre la résolution de crises dans la communauté.

Une étude ultérieure suggère même que la prise d'ayahuasca chez les adolescents, dans le cadre de l'une des Églises brésiliennes (UDV, Santo Daime), pourrait jouer le rôle de « vaccin » préventif vis-à-vis du risque d'engagement dans des conduites toxicomaniaques[145].

En dehors de l'Hoasca Project lui-même, des entretiens avec les membres de l'UDV révèlent que nombre d'entre eux furent aux prises avec l'alcoolisme jusqu'au moment où l'ayahuasca, dans le contexte d'un cadre ritualisé, leur

apprit à se confronter à leur addiction pour finir par en triompher. Sous cet angle, il n'est pas surprenant que l'ayahuasca ait été utilisé en dehors de l'UDV comme traitement contre l'alcoolisme et d'autres types de dépendances aux drogues. Une recherche chez l'animal rendu alcoolique[146] suggère que cette propriété antiaddictive puisse en partie être due à l'action de la DMT sur certains récepteurs cérébraux à la sérotonine[147].

Plusieurs équipes thérapeutiques sud-américaines utilisent l'ayahuasca dans le traitement des addictions.

Takiwasi et le traitement des addictions aux drogues

Le Dr Jacques Mabit, un médecin français, a créé un centre spécialisé dans le traitement des toxicomanes, Takiwasi, à Tarapoto, au Pérou. Les toxicomanes sont pris en charge dans le cadre d'un programme de neuf mois très complet, associant plusieurs leviers thérapeutiques. Le premier consiste en la prise de plantes médicinales, dont certaines sont utilisées pour les purges préliminaires nécessaires avant la prise d'ayahuasca, et d'autres pour provoquer certains processus psychologiques bénéfiques, notamment lors de diètes avec isolement dans la forêt. Le deuxième est la prise d'ayahuasca elle-même (une fois par semaine), dans un contexte chamanique adapté aux Occidentaux, lors de séances nocturnes en groupe. Enfin, les deux derniers ingrédients thérapeutiques sont l'accompagnement psychothérapeutique et la vie en communauté. Tous les aspects de ce programme se renforcent les uns les autres, dans une véritable synergie d'action et d'intégration. Le matériel psychique qui surgit lors des expériences guidées de modification de la conscience avec l'ayahuasca sera travaillé lors des ateliers de psychothérapie et canalisé vers sa concrétisation dans la vie en commun. Inversement, le quotidien se charge d'alimenter le vécu lors des séances thérapeutiques avec ou sans plantes.

Mabit (2007) a décrit les principaux avantages de l'ayahuasca pour les patients toxicomanes. Nous retiendrons les suivants :

• L'ayahuasca permet aux patients d'aller au-delà de l'expression verbale et de ses limitations. Ils deviennent conscients de leurs problèmes par l'intermédiaire de visions qui leur procurent un accès direct à leur monde intérieur.

• Le consommateur d'ayahuasca ne perd pas conscience durant la séance et, du fait, est en même temps l'observateur et l'observé. Il peut intervenir activement sur ses processus internes et redevenir le protagoniste direct de son traitement, ce qui instaure un profond sentiment de confiance en soi.

• L'ayahuasca ne provoque pas d'addiction, éliminant ainsi la possibilité que le breuvage constitue une forme de traitement substitutif. On constate même, au contraire, une augmentation de la sensibilité du patient à l'ayahuasca, et une réduction progressive des doses thérapeutiques nécessaires.

• Il n'existe aucun risque de toxicité dans l'utilisation du breuvage naturel, qui respecte les barrières physiologiques et les mécanismes naturels d'autorégulation au travers des fonctions d'évacuation (diarrhée, vomissement, transpiration et urine) lorsque le patient atteint les limites de ses capacités de résistance. Les études du Dr Mitras Costa, de l'université de Campinas, au Brésil, indiquent que la dose létale 50 (c'est-à-dire qui tue la moitié des consommateurs) serait, pour une personne de 75 kg, de 7,8 litres d'ayahuasca, ce qui représente approximativement 50 fois les doses thérapeutiques habituelles[148]. Le goût extrêmement désagréable du breuvage rend complètement impossible d'atteindre cette dose. Aucun cas de décès suivant l'ingestion de l'ayahuasca n'a été rapporté. Les études cliniques de l'Hoasca Project[149] ont clairement montré que l'utilisation correcte au long terme de l'ayahuasca n'affectait pas

négativement les buveurs, mais au contraire les améliorait, tant physiquement que psychologiquement, comparativement à un groupe contrôle[150]. Mabit a remarqué les mêmes effets salutaires chez les *ayahuasqueros* (maîtres soignants formés à la préparation et l'utilisation de l'ayahuasca) d'une santé encore remarquable à des âges avancés.

• L'ayahuasca permet au sujet d'accéder au niveau transpersonnel et mystique, et ainsi de dépasser les conditionnements intellectuels, culturels et sociaux de son ego.

• Au niveau psychologique, l'ayahuasca active les processus d'autoguérison et de réparation du psychisme, comme : une augmentation de la capacité intellectuelle et de la concentration ; l'émergence de souvenirs ; la réduction de l'anxiété ; la stimulation de l'activité onirique ; l'identification de la partie ombre (au sens jungien) dans la personnalité, qui relâche ainsi son emprise sur le sujet ; la réduction des phénomènes de projection ; une meilleure tolérance à la frustration ; l'amélioration de l'estime de soi ; la facilitation des processus de différenciation et d'individuation.

• Tous les éléments précédents ouvrent au patient de nouvelles perspectives et le rendent plus souple, facilitant une intervention plus efficace par les diverses techniques psychothérapeutiques. L'ayahuasca sert de facilitateur très puissant dans le travail psychothérapeutique et le développement de la connaissance de soi.

Mabit (2001) précise :

> « Après l'observation circonstanciée pendant quinze années de plus de 8 000 prises d'ayahuasca, dans des conditions précises de préparation, de prescription et de suivi thérapeutique, nous pouvons affirmer qu'il existe un très large éventail de prescriptions et une absence totale de phénomènes de dépendance. L'élargissement du spectre perceptuel qui engage simultanément corps, affects et pensées offre la possibilité de vivre une expérience de défocalisation par rapport à

l'observation ordinaire du réel qui permet l'abord des problématiques habituelles de tout sujet par lui-même sous un angle rénové. L'accélération intense des processus cognitifs qui accompagne cette démarche fait accéder le sujet à la conception de solutions originales et adaptées à sa personnalité. »

L'étude réalisée au centre Takiwasi[151] a concerné les 143 patients ayant bénéficié d'un traitement entre 1992 et décembre 1997. L'état actuel de ces 143 patients a été évalué en décembre 1999, soit un suivi d'au moins deux ans, ce qui est tout à fait correct. Les deux tiers consomment en mode dominant la très addictive et dégradante pâte à base de cocaïne. Plus de la moitié des patients (53,5 %) ont déjà essayé un autre traitement dont 1/3 en service psychiatrique. L'échantillon montre une moyenne d'âge de 30 ans et une durée de consommation de substances psychoactives de 12,5 ans à l'entrée.

Les critères suivants ont été pris en compte pour juger de l'évolution : (1) l'arrêt ou non de la prise de drogue ; (2) l'évolution psychologique personnelle ; (3) la réinsertion socio-professionnelle ; (4) la restructuration familiale.

Trois catégories d'évolution ont ainsi pu être distinguées :

– « Bien » : tous les critères sont revenus à la normale, les patients ont résolu leur problématique fondamentale,

– « Améliorés » : évolution favorable, la majorité des patients de ce groupe ont repris une vie familiale, travaillent et n'ont plus de conduites antisociales. Ils ne consomment habituellement plus de drogues, mais persiste une ambivalence ou une difficulté à oublier la drogue,

– « Pareil ou Mal » : reprise de la drogue, ou arrêt de la drogue mais continuation de l'alcoolisme associé.

81 % des 143 patients ont effectué au moins un mois sur neuf du traitement et n'en sont pas sortis par fugue ou par expulsion du programme. On a ainsi pu mettre en évidence

que 54 % de ces patients étaient « Bien » ou « Améliorés » à la suite du traitement. Si l'on examine maintenant les patients ayant suivi l'intégralité des 9 mois du programme, sans sortie prématurée, soit 51 % des entrants, le taux de « Bien ou Améliorés » passe à 68 %. On notera que les patients sortent libres de toute médication après leur séjour au centre.

Tous ces chiffres montrent une amélioration supérieure à celle qui se produit avec les autres méthodes thérapeutiques habituellement utilisées pour les toxicomanies.

Lorsque les patients rechutent ou simplement récidivent, 55 % recourent de nouveau à Takiwasi et 26 % à d'autres praticiens locaux de médecines traditionnelles, ce qui démontre la haute estime qu'ils portent à cette approche. Les plantes purgatives sont alors davantage sollicitées que les plantes hallucinogènes, confortant l'idée du respect acquis pour ces dernières et l'absence de toute assuétude.

Il n'y a pas eu de morts[152] ni de psychoses ni de suicides liés à l'ayahuasca, contrairement à certaines rumeurs que certains font circuler sur Internet[153], prétendant que « *beaucoup perdent la raison définitivement ou meurent avec l'ayahuasca* ». Reste à se demander quelles sont les motivations qui poussent ces personnes à colporter de telles calomnies et à se livrer à ce genre de désinformation, qui ne reposent sur aucune étude scientifique et sont en total désaccord avec tous les témoignages et les recherches des experts mondialement reconnus dans ce domaine. Il faut bien sûr, respecter un certain nombre de règles diététiques et médicamenteuses, et exclure certaines pathologies somatiques, avant la prise de cette plante, dans un cadre rituel protégé. Mais, moyennant ces précautions, la consommation de ce psychédélique est extrêmement sûre, et validée par plus de deux mille ans de pratiques chamaniques.

Une étude plus récente[154], toujours réalisée à Takiwasi, s'est intéressée aux corrélations pouvant exister entre le

respect du protocole thérapeutique et les résultats en termes d'abstinence (mesurée par l'ASI, Index de sévérité de l'addiction) chez 15 patients. Il s'avère que les patients dans la catégorie « Bien » ont validé 82 % des éléments du protocole, contre 69 % pour ceux dans la catégorie « Améliorés » et 19,5 % pour ceux « Pareil ou mal ». Dans cette recherche, tous les patients ont déclaré que ces plantes aident à diminuer les effets déplaisants du syndrome d'abstinence. L'ayahuasca apparaît faciliter l'introspection et la découverte de soi chez 14 des 15 patients. Pour eux, l'ayahuasca est une enseignante. Elle apprend, notamment : la reconnaissance de ses erreurs ; la connaissance de soi, de sa volonté et de sa force intérieure ; de nouvelles capacités ; une habileté à prendre des décisions ; une motivation pour changer ; une possibilité de se projeter dans le futur. Enfin, pour 11 sur 15 patients, « on découvre l'existence d'une dimension invisible de la vie », pour 12 sur 15, « la relation au sacré facilite le processus thérapeutique », et, pour 13 sur 15, « l'usage ritualisé de substances psychoactives est bien différencié de leur usage non ritualisé, pour ce qui est de la protection, de la guidance, du respect que cela inspire et des effets guérisseurs ».

La démarche de *Takiwasi* est reconnue officiellement par les autorités péruviennes et s'est élargie avec des programmes de formation (accueil de stagiaires et étudiants), de recherches psycho-clinique et anthropologique, et de diffusion (écrite et audiovisuelle, et séminaires d'évolution personnelle). J'insiste sur le fait que l'utilisation de l'ayahuasca à Takiwasi se fait sur le modèle amazonien, toujours accompagné d'autres purges et de diètes, ce qui tranche très nettement avec les usages des Églises brésiliennes (UDV, Santo Daime, etc.) qui sont éloignées des connaissances ancestrales de guérison dont elles n'ont pris que le mélange ayahuasca sans tout le contexte, la préparation et la cosmogonie. Takiwasi se réclame d'un usage plus proche du savoir ancestral et de sa large expérience empirique.

D'autres applications possibles ?

Chez des membres de l'Église Santo Daime prenant de l'ayahuasca depuis au moins dix années consécutives, des questionnaires furent administrés une heure après l'ingestion d'ayahuasca, dans une procédure en double aveugle contre placebo[155]. En plein effet aigu de l'ayahuasca, les participants virent leurs notes s'améliorer aux échelles mesurant la panique (ASI-R) et le désespoir (BHS). L'ingestion d'ayahuasca ne modifia pas l'anxiété trait (STAI-trait) ni l'anxiété état[156] (STAI-state). Les auteurs de l'étude suggèrent de poursuivre les investigations concernant les effets de l'ayahuasca sur les symptômes de désespoir et de panique.

Enfin, citons deux applications potentielles originales. La première concerne la maladie de Parkinson. L'ayahuasca avait été d'abord utilisé par des Allemands au début du XX^e^ siècle pour des troubles neurologiques et avec des résultats étonnants, mais les effets visionnaires les avaient fait ensuite reculer. Cependant, il existe des références plus récentes[157] de son potentiel curatif pour la maladie de Parkinson.

La seconde concerne les troubles obsessionnels compulsifs (les TOC). Les chercheurs Delgado et Moreno (1998) suggèrent que l'activation des récepteurs sérotoninergiques 5-HT2 par les psychédéliques peut amener une réduction importante ou une amélioration durable des symptômes dans les TOC. L'ayahuasca étant dans ce cas de figure, cela me semble être une nouvelle voie qu'il faudrait explorer.

Toxicité aiguë ?

Soulignons-le d'emblée : aucun cas de décès suite à l'ingestion d'ayahuasca n'a été documenté ou rapporté de première main dans la littérature ethnographique et médicale consultée[158]. Ou bien tout au plus un cas[159], mais

dont la validité a été remise en cause[160]. En fait, si l'on excepte les effets purgatifs, émonctoriels (vomissements et diarrhée) – parfois impressionnants, parfois absents –, puisqu'ils occupent une position centrale dans les dispositifs traditionnels à visée thérapeutique[161], la seule complication somatique aiguë sérieuse documentée et publiée concerne l'interaction entre l'ayahuasca et un célèbre antidépresseur sérotoninergique abondamment prescrit de par le monde : la fluoxétine[162]. Le risque potentiel est de voir survenir un syndrome sérotoninergique grave, événement rare dont l'issue pourrait être fatale[163].

Il est donc au passage rappelé que participer à un rituel comportant l'ingestion d'ayahuasca exige, pour des raisons tant de sécurité que de sens, l'arrêt des prises de tout psychotrope industriel, et tout spécialement de ceux augmentant les taux de sérotonine cérébrale libre (inhibiteurs – sélectifs ou non – de la recapture de la sérotonine; IMAO-A ou non spécifique; précurseurs de la sérotonine). Le pharmacologue Callaway a recommandé un délai de huit semaines entre l'arrêt des prises d'un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) et l'ingestion d'ayahuasca[164]. Au vu de la littérature sur la persistance plasmatique inhabituelle de la fluoxétine et de certains de ses métabolites[165], cinq à six semaines paraissent déjà très raisonnables.

Crises psychopathologiques ?

Comme avec tous les PDL, et peut-être même plus encore dans ce cas, la préparation du sujet, ses intentions et motivations, le cadre et l'entourage extérieurs jouent un rôle prépondérant dans le contenu et le déroulement de l'expérience, ainsi que la nature des bénéfices qui peuvent en être attendus. La probabilité de voir survenir une crise transitoire, que la tradition psychopathologique française

pourrait nommer d'« allure psychotique de type bouffée délirante », durant ou à la suite d'une prise d'ayahuasca, est faible mais bien réelle[166]. Les guérisseurs métis de l'Amazonie péruvienne (*curanderos*) qui emploient l'ayahuasca (*ayahuasqueros*) connaissent, énoncent ce risque : ils croient que certaines personnes ont des « âmes faibles » et ne devraient pas prendre le breuvage.

Plusieurs récits se recoupant, entendus en France et au Pérou, indiquent que les praticiens expérimentés de l'ayahuasca eux-mêmes ne sont pas à l'abri d'un imprévisible, rare et soudain épisode confusionnel d'intensité et de durée variables après en avoir absorbé. La présence d'assistant(s) et/ou de confrère(s) dans le cercle cérémoniel fonctionne alors comme un efficace et littéral *garde-fou :* ils prennent le relais et, le cas échéant, aident le *maestro* qui tarde à recouvrer, là encore bien souvent littéralement, ses esprits. Ces crises sont souvent racontées sur un mode anecdotique par les praticiens ou par un tiers en leur présence. Une chronicisation paraît donc *de facto* exclue.

En France, en 2002, Frédérick Bois-Mariage révélait avoir connaissance de deux cas d'épisodes qualifiables de délirants, l'un après et l'autre pendant une session d'ayahuasca. Précisons que les deux épisodes n'ont été que temporaires et n'ont pas conduit à une psychose. Le premier a eu un certain retentissement : une épouse désemparée a déposé plainte au téléphone auprès de l'Association de défense des familles et de l'individu (ADFI), racontant en substance que son mari était « dans la pièce à côté en train de se battre avec des esprits ». Dans les deux cas, il s'agissait de personnes ayant participé à des cérémonies conduites par des personnes itinérantes et officiant seules : un authentique chamane (et fils de chamane) Shipibo-Conibo des environs de Pucallpa (Pérou) qui part en tournée chaque année en Europe et une autoproclamée chamane bien de chez nous qui a séjourné au Pérou. La prévalence, l'incidence et les conséquences de telles crises parmi les centaines

de Français(es) et les milliers d'Européen(ne)s qui prennent de l'ayahuasca chaque année en Europe ou en Amérique du Sud semblent extrêmement faibles mais difficiles à établir précisément, ne serait-ce qu'en raison de la discrétion de ces pratiques lorsque l'ayahuasca est en délicatesse avec les autorités policières ou/et judiciaires locales.

Dans un cadre adéquat, rappelons toutefois que les études citées plus haut en montrent la grande sécurité d'emploi. Le risque est simplement plus élevé si l'on participe à une session d'ayahuasca après une trop courte préparation (1 à 2 jours), dans un lieu investi pour l'occasion (pas une *maloca* traditionnelle ou un endroit consacré), avec un maître de cérémonie en transit opérant en solo (sans autres chamanes ou assistants présents). En faisant disparaître les quelques pratiques rituelles stabilisées existant en France, la prohibition de l'usage de l'ayahuasca a conduit à la multiplication de tels contextes à risques. Le chamane dispose de nombreuses techniques afin de moduler les effets de l'ayahuasca et même éventuellement d'en annuler les effets si nécessaire. D'où l'importance d'une session guidée.

On dispose de données sur les réactions psychologiques de sujets citadins prenant de l'ayahuasca pour la première fois de leur vie dans un contexte rituel. Barbosa[167] a étudié le vécu de 19 sujets qui prirent le breuvage dans le cadre de l'Église UDV et de 9 sujets qui le prirent dans le cadre de l'Église Santo Daime. Les sujets furent évalués un à quatre jours avant leur première séance d'ayahuasca et une à deux semaines après cette séance. Avant l'expérience, la plupart des sujets montrèrent des attentes en grande partie positives envers l'ayahuasca. Après l'expérience, une réduction significative de l'intensité de symptômes psychiatriques mineurs préexistants fut notée dans le groupe du Santo Daime. Les sujets des deux groupes firent état de changements comprenant une meilleure affirmation de soi, une plus grande sérénité, de la vivacité et de la joie.

L'ayahuasca par la psychologie cognitive

Benny Shannon, professeur de psychologie à l'université de Jérusalem, a édité en 2001 un ouvrage remarquable et remarqué, *Les Antipodes de l'esprit*, qui lance un pont entre les sciences cognitives et l'étude des états modifiés de conscience lors de prise d'ayahuasca. En dix années, il a participé personnellement à plus de 130 séances d'ayahuasca et interrogé, au cours d'entretiens structurés ou non, 178 personnes de milieux culturels divers, totalisant approximativement 2 500 séances. L'étude des états modifiés de conscience représente un nouveau domaine naturel d'exploration encore inexploité par les sciences cognitives. Cette fécondation croisée des deux champs d'étude a permis au Pr Shannon de formuler une typologie descriptive de la structure cognitive des visions sous ayahuasca. Dans l'autre sens, le travail avec les états modifiés de conscience lui a permis de mettre en avant certains paramètres originaux du système cognitif et de révéler les différentes formes que ces paramètres peuvent prendre selon la nature de l'état de conscience du sujet. À la fin de son ouvrage, Shannon conclut en disant, je cite : « Les "Antipodes de l'esprit" révèlent une géographie bien plus étonnante, et bien plus merveilleuse que la plupart des chercheurs contemporains en science cognitive n'ont pu jusqu'alors conjecturer. » Son travail permet de poser de nouveaux questionnements, comme, par exemple : comment les processus cognitifs varient-ils d'état en état ? Comment la perception, l'apprentissage, l'intelligence et le développement varient-ils d'état en état ? De toute évidence, les 130 sessions d'ayahuasca n'ont pas nui au cerveau de ce brillant professeur !...

L'ayahuasca et les sciences fondamentales

Un autre fait est plutôt rassurant : les effets physiques et psychologiques du breuvage ont fait l'objet de recherches scientifiques approfondies et sont dorénavant bien connus. L'équipe espagnole de Jordi Riba et de ses collègues étudie les effets de l'ayahuasca (utilisé sous forme lyophilisée) sur de nombreux volontaires sains, depuis l'année 2000.

Une première étude pilote en 2001 permit d'en montrer la tolérabilité, la sécurité d'emploi et l'évolution temporelle des effets subjectifs et cardio-vasculaires. Cette étude permit aussi l'examen des constantes biochimiques et cellulaires du sang, qui ne révélèrent aucune toxicité.

L'étude de 2005 reprit ces paramètres et permit d'autres découvertes. Notamment, elle mesura la concentration et la cinétique sanguine des carbolines et de la DMT, dans les heures suivant une prise d'ayahuasca, indiquant le parallélisme entre la concentration plasmatique de DMT et les effets subjectifs. Furent aussi montrés :

(1) des changements particuliers de l'électro-encéphalogramme allant dans le sens d'un effet stimulant (pharmaco-EEG quantitatif) ;

(2) des changements dans l'activité bioélectrique du cerveau, dans les zones impliquées dans l'attention, la mémoire et l'émotion, avec la technique LORETA (Low Resolution Electromagnetic Tomography).

En 2006, une nouvelle étude de Riba (et de ses collaborateurs) montra une augmentation du flux sanguin cérébral (donc une plus grande activité) dans les zones cérébrales impliquées dans l'intéroception (réception et traitement des informations provenant de l'intérieur du corps, des organes) et le traitement des émotions, par la technique SPECT (Single Photon Emission Tomography).

En 2008, la même équipe[168] constata que l'ayahuasca ne créait pas d'altération de la qualité subjective du sommeil,

ni de troubles objectifs de son initiation ou de son maintien (avec des mesures de polysomnographie), au contraire de la d-amphétamine, utilisée comme contrôle actif.

Enfin, des études ont montré que l'ayahuasca favorisait la coopération des deux hémisphères cérébraux[169] en induisant des modifications des oscillations gamma du cerveau[170]. Les oscillations gamma sont des bandes de fréquence du cerveau, repérables à l'électro-encéphalogramme (EEG), qui surviennent lors de l'acquisition d'information par cet organe. La cohérence globale de l'EEG est augmentée dans la bande de fréquence gamma grâce à l'ayahuasca[171]. La cohérence est une mesure des similarités de l'EEG à deux endroits différents du cerveau et peut être considérée comme une mesure de la communication entre deux régions du cerveau. Ces changements indiquent une augmentation de l'activation corticale, ainsi qu'un accroissement des capacités de traitement de l'information et de la complexité neuronale et cognitive. Il est très intéressant de constater qu'une méditation profonde, effectuée par des moines zen, entraîne elle aussi une augmentation de l'activité et de la cohérence gamma dans le cerveau[172], et que ce phénomène semble essentiel dans le processus d'éveil à de plus hauts niveaux de conscience[173].

Le cerveau sécrète lui-même de l'ayahuasca

Le pharmacologue finlandais Callaway a montré que la glande pinéale produisait deux composants essentiels de l'ayahuasca, formant ce qu'il appelle une *endohuasca* (ayahuasca endogène). Cette glande fabrique ainsi la pinoline, très proche de la tétrahydroharmine, et la DMT. La pinoline augmente le taux de sérotonine dans les synapses neuronales et permet de rester éveillé. La DMT est responsable de l'état de rêverie. La combinaison des deux induit donc un rêve lucide, aussi appelé « rêve éveillé ». Nous sommes donc tous des producteurs et consommateurs illégaux d'ayahuasca.

Alors, l'ayahuasca ?

Reprenons les conclusions de l'équipe parisienne de Médecins du monde[174] qui nous semblent mettre l'accent sur les points essentiels à retenir, concernant l'ayahuasca :

– Aucun cas de décès suite à l'ingestion d'ayahuasca n'a été rapporté dans la littérature ethnographique et médicale consultée ;

– L'étude de l'Hoasca Project sur les conséquences à long terme de l'usage ritualisé régulier de l'ayahuasca, une fois par semaine pendant plus de dix ans, chez des membres de l'Église UDV, a conclu à la normalité physiologique, neuropsychologique et psychiatrique des personnes étudiées. En fait, bien qu'ayant pour la plupart présenté des épisodes de dépendance à l'alcool ou à d'autres substances avant d'entrer à l'UDV, toutes ces personnes étaient abstinentes depuis, et leurs résultats aux tests neuropsychologiques étaient meilleurs que ceux d'un groupe apparié de personnes n'ayant pas pris d'ayahuasca.

« En conséquence des deux derniers points, il n'est pas possible de parler de toxicité de l'ayahuasca à ce jour. »

Terminons en citant l'étude toute récente de Halpern (2008) qui confirme les effets bénéfiques au long cours de l'ayahuasca sur la santé physique et mentale, chez 32 membres de l'Église du Santo Daime ayant consommé en moyenne 290 fois de cette substance.

L'iboga et l'ibogaïne

L'ayahuasca nous avait conduits au Pérou, l'iboga va nous transporter en Afrique, plus précisément au centre-ouest du continent. On trouve l'iboga du Cameroun au

Congo, mais c'est au Gabon qu'elle pousse le mieux. Le *Tabernanthe iboga* est un arbuste dont on récupère la racine, ou plus précisément l'écorce de la racine, pour la râper en petits copeaux et l'ingérer. L'ibogaïne est le plus abondant (2 à 4 % de l'écorce) et le plus étudié des 12 alcaloïdes extraits de l'iboga. C'est une indoloalkylamine, une tryptamine, d'une durée d'action de 10 à 15 heures, administrée à 20 mg/kg de poids.

Les origines : le Bwiti

Les premières références à l'iboga, publiées il y a un siècle, documentaient son usage dans ce qui est devenu la république du Gabon en Afrique centrale de l'Ouest. Les chasseurs s'en servaient pour favoriser la vigilance et la stimulation des sens lorsqu'ils traquaient une proie, et les initiés du mouvement religieux Bwiti l'utilisaient à des doses bien plus fortes comme plante visionnaire sacrée dans les rites de passage et pour faciliter leurs expériences de contacts spirituels avec leurs ancêtres.

Le Bwiti est à la fois une religion, un culte des ancêtres et une confrérie permettant à chacun de voyager dans le monde des esprits. Il a aussi une visée thérapeutique. Iboga et Bwiti sont indissociables, et l'on peut considérer le Bwiti comme la religion de l'iboga. Au Gabon, la culture sacrée de l'iboga est un élément majeur de l'unité culturelle et nationale.

L'utilisation de l'ibogaïne pure est plus récente et témoigne de la façon dont nous, Occidentaux, utilisons les plantes traditionnelles : en isolant et en extrayant leurs principes actifs, puis en les employant hors de leur contexte rituel et sacré.

Les environnements dans lesquels l'ibogaïne est employée sont très divers, de la recherche clinique au

chamanisme, au développement personnel, et dans des cadres pouvant aller d'une clinique médicalisée conventionnelle à une chapelle Bwiti. Ainsi, parmi la multitude de contextes d'utilisations possibles de l'iboga (religion, spiritualité, psychothérapie), je vais centrer mon propos sur l'utilisation de l'ibogaïne pour le sevrage des toxicomanes, principalement à l'héroïne ; concernant la religion Bwiti et les expériences spirituelles permises par l'iboga, j'invite le lecteur à se reporter à l'excellent ouvrage de Ravalec (2004).

Une histoire française non achevée

La France et le Gabon ont une histoire commune : rappelons-nous qu'en 1904 la colonie française du Gabon fusionnait avec celle du Congo, du Cameroun et de la Centrafrique pour former l'Afrique-Équatoriale française. C'est un médecin de la marine française, Griffon Du Bellay, qui découvre cette racine en 1864 et qui en rapporte des échantillons à son retour en France. Ceux-ci serviront quelques années plus tard au botaniste français du nom de Baillon, qui décrit la plante et la baptise *Tabernanthe Iboga H. Bn* (ses initiales). C'est, pour la science occidentale, l'acte de naissance de l'iboga. Des scientifiques français commencent à en étudier les propriétés, mais n'en conçoivent son usage qu'à faibles doses comme stimulant, de plus fortes doses étant *a priori* considérées comme toxiques. En France, on passe donc complètement à côté de la puissance psychoactive de la plante puisque ces faibles doses (20 mg par jour sont préconisés comme dose antifatigue) ne permettent absolument pas d'atteindre le stade des visions qui nécessiterait d'en prendre cinquante fois plus (un gramme)[175].

Dans les années 1930, le Dr Schweitzer ouvre son

dispensaire à Lambaréné, une ville du Gabon, et s'intéresse à l'iboga. En 1939, le *Lambarène*, baptisé en l'honneur du Dr Schweitzer, est mis sur le marché en France. Il est vendu comme « stimulant neuromusculaire » sous forme de tablettes contenant 200 mg d'extraits de racine d'iboga, avec un contenu en ibogaïne estimé à 8 mg. Il est recommandé pour une variété d'indications incluant « la fatigue, la dépression, la convalescence des maladies infectieuses… action rapide et prolongée non suivie de dépression ». Le Dr Schweitzer lui-même en avait pris. Et, pour l'anecdote, c'est peut-être pour cela qu'il travaillait tard et que sa servante disait rituellement la phrase restée célèbre : *« Il est minuit, docteur Schweitzer ! »* Le vulcanologue Haroun Tazieff a lui aussi apporté ses lettres de noblesse à l'iboga, en révélant en avoir consommé pour trouver la force d'escalader un volcan africain. Il fut même largement utilisé comme dopant (à doses non psychédéliques) chez les alpinistes, les cyclistes et les coureurs de fond, jusqu'en 1966.

Une série d'alcaloïdes nouveaux sont isolés à partir de la racine d'iboga, notamment entre 1950 et 1970, par Robert Goutarel, qui fondera l'institut de chimie des substances naturelles du CNRS. Le retrait du marché du *Lambarène* en 1966, puis l'interdiction de l'ibogaïne aux États-Unis en 1968 (sans raison scientifique, mais uniquement par un réflexe d'inclusion automatique de l'ibogaïne dans la vague de répression des substances psychédéliques à cette époque) aboutiront à une réduction des équipes de recherche travaillant sur le sujet.

Pourtant, à la même époque, en 1969, le psychiatre et anthropologue Claudio Naranjo avait obtenu une licence française pour l'utilisation psychothérapeutique de l'ibogaïne à des doses de 4 à 5 mg/kg[176].

Survint Lotsof

C'est d'abord chez l'humain, avant les études de confirmation chez l'animal, qu'est née l'idée d'une utilité possible de l'ibogaïne pour le sevrage des toxicomanies, et, à cet égard, l'histoire de Howard Lotsof est exemplaire.

La recherche sur l'ibogaïne comme traitement des addictions commença à New York en 1962, au sein d'un groupe d'expérimentateurs amateurs organisé par Howard Lotsof autour d'un intérêt commun pour le potentiel psychothérapeutique des psychédéliques. Les effets de l'ibogaïne étaient entièrement inconnus par les participants, qui en consommèrent à des doses de plus en plus fortes allant de 0,14 à 19 mg/kg. Un sous-groupe héroïno-dépendant, à sa propre surprise, fit l'expérience inattendue de voir disparaître ses signes physiques de sevrage. Ravalec (2004) nous donne les détails de cette découverte en s'appuyant sur le livre *The Ibogaine Story* de Beal et Di Rienzo (1997). Howard Lotsof était alors un jeune homme de 19 ans qui vivait encore chez ses parents dans le New Jersey en face de New York. Lorsqu'il prit connaissance de l'appel de Timothy Leary pour trouver un remède contre l'addiction, il se porta volontaire. Il se procura une dose d'ibogaïne qu'il confia à un ami bien plus expérimenté que lui en matière de substances. Une petite semaine après, cet ami lui téléphona en pleine nuit, complètement exalté : « C'est incroyable, ce truc que tu m'as donné, il faut prévenir le Congrès. » Il lui raconta que depuis qu'il l'avait avalé, il ne ressentait plus aucune envie de prendre toutes ces drogues qui avaient fini par faire partie de son quotidien. Devant l'enthousiasme de son ami, Lotsof imagina une nouvelle expérimentation. Il réunit 20 volontaires, la plupart venant pour tester ce qu'ils considéraient comme une nouvelle drogue et, même si sept étaient dépendants à l'héroïne (dont Lotsof lui-même, à l'époque) ou à la cocaïne, arrêter les drogues n'était pas leur

intention de départ. Pour Lotsof l'expérience fut vraiment enthousiasmante. Après un sommeil réparateur de trois heures, il se réveilla frais et dispos et s'aperçut que : « Pour la première fois depuis des mois je ne ressentais ni l'envie ni le besoin d'aller prendre de l'héroïne. En fait, je voyais l'héroïne comme une drogue qui ne rimait qu'avec la mort ; et je voulais la vie. Alors j'ai regardé en bas dans la rue, les arbres, le ciel, ma maison, et j'ai réalisé que pour la première fois de ma vie, je ne ressentais pas de peur. » 5 des 7 volontaires usagers réguliers de drogues arrêtèrent toute consommation pendant six mois grâce à cette unique prise, et jusqu'à dix-huit mois pour ceux qui suivirent une série de cinq prises. Les deux autres se réveillèrent le lendemain et continuèrent leur recherche d'héroïne. « Pourquoi ? », leur demanda Lotsof. « Parce que nous sommes des junkies, et que nous aimons cela. » Il apparut alors à Lotsof que, pour ceux qui ont la volonté d'arrêter – et la phase d'introspection qui précède les visions peut faciliter cette décision –, l'ibogaïne constitue une aide extraordinaire :

> « Je ne sais pas si vous vous y connaissez en dépendance à l'héroïne, mais parmi les cinq pour qui le traitement fonctionna, l'un vivait en colocation avec les deux autres pour qui il échoua. Il a vécu avec ces deux types pendant six mois, pendant qu'ils se shootaient tous les jours, et lui ne prenait rien. Donc, si vous connaissez la dépendance à l'héroïne, vous savez combien c'est difficile. Donc on a su qu'on avait là quelque chose de tout à fait unique. »

Lotsof décide de ne pas s'arrêter là. Il définit la dose efficace pour interrompre les dépendances aux drogues : entre 15 et 18 mg/kg.

Finalement, en 1985, Lotsof reçoit une licence américaine pour l'utilisation de l'ibogaïne dans le traitement de la dépendance aux opiacés[177], et d'autres licences lui seront

progressivement accordées pour les indications de dépendances à la cocaïne et à d'autres stimulants, à l'alcool, à la nicotine, et pour les multidépendances.

Entre 1988 et 1994, les chercheurs en science fondamentale prirent le relais, avec des équipes américaines et hollandaises qui publièrent des résultats suggérant l'efficacité de l'ibogaïne dans les modèles animaux d'addiction, incluant la diminution de l'autoadministration[178] et du syndrome de sevrage avec les opiacés (morphine, héroïne), ainsi que la réduction de l'autoadministration de cocaïne.

Aceto, en 1992, montra chez l'animal que la consommation des alcaloïdes de l'iboga (dont l'ibogaïne fait partie), même en cas d'administration chronique, ne provoquait pas de tendance à l'autoadministration et non plus de syndrome de sevrage en cas d'arrêt. Façon de dire que ce que l'on avait constaté chez l'homme était répliqué chez l'animal : ni l'iboga ni l'ibogaïne ne créent de dépendance.

À la même époque, deux grandes administrations américaines du médicament s'impliquèrent dans la recherche avec l'ibogaïne : la NIDA en 1991, pour des recherches chez l'animal[179], et la FDA en 1993 pour des essais chez l'homme en phase I[180]. Mais tout prit fin en 1995 uniquement pour des raisons politiques. L'ibogaïne est l'exemple typique de la façon dont des hommes, uniquement pour des raisons idéologiques, politiques et financières, refusent à d'autres un traitement efficace, toujours pas utilisé à grande échelle, salvateur dans bien des cas, pour soulager des vies aussi dramatiques que celles des toxicomanes.

Heureusement, en dehors de l'approbation officielle, des non-professionnels commencèrent à proposer l'ibogaïne aux toxicomanes dans des contextes non médicaux au milieu des années 1990 aux États-Unis, en Slovénie, en Angleterre, aux Pays-Bas et en République tchèque. Des traitements en milieux médicalisés plus conventionnels furent aussi menés à Panama dès le XIX^e^ siècle et à St. Kitts

dans les Caraïbes depuis 1996[181]. D'autres lieux de soins apparurent au Mexique et au Canada en 2002, et en Afrique du Sud en 2004.

Internet joua, et continue de jouer, un grand rôle dans l'expansion de « la sous-culture » underground ibogaïne, avec un nombre croissant de personnes témoignant de leur expérience et l'indication de nouveaux lieux de soins. Le premier forum et site Internet consacré à l'ibogaïne apparut en 1997, avec le « Dossier Ibogaïne[182] ».

Une substance originale

Une action neurobiologique spécifique

L'ibogaïne est une substance tout à fait particulière, qui agit sur plusieurs récepteurs neuronaux. Comme presque tous les PDL, c'est un agoniste des récepteurs sérotoninergiques 5HT-2A, ce qui explique certaines des visions, mais semble n'avoir aucun rôle pour son efficacité sur le syndrome de sevrage ou sur l'autoadministration des drogues[183]. À l'instar du Prozac, l'ibogaïne et son métabolite – qui paraît agir des semaines, voire des mois – bloquent la réabsorption de la sérotonine, d'où une augmentation de cette molécule du bien-être dans les synapses du cerveau, ce qui améliore l'humeur. Elle emprunte les mêmes chemins que l'acétylcholine, le neurotransmetteur du sommeil REM[184], ce qui pourrait expliquer l'état de rêverie éveillée qu'elle provoque. Elle diminue le niveau de dopamine[185] dans les synapses tout en favorisant sa réabsorption. Elle antagonise les récepteurs nicotiniques $\alpha 3\beta 4$[186] et augmente la transduction du signal à travers les récepteurs opioïdes du cerveau[187], chacun de ces effets pouvant jouer un rôle dans son action antidrogue.

L'un de ses effets les plus intéressants concerne les récepteurs NMDA, qui permettent la plasticité des synapses

nécessaire à la mémoire. On sait maintenant que les récepteurs NMDA jouent un grand rôle dans les processus de dépendance aux drogues. L'action de l'ibogaïne sur ces récepteurs, en tant qu'antagoniste sélectif[188], expliquerait en grande partie son pouvoir d'interruption des dépendances. En outre, son rôle sur la mémoire semble important : le sujet sous ibogaïne fait très souvent l'expérience d'un passage en revue de ses différentes mémoires (biographiques, transgénérationnelles et même au-delà). Ainsi, l'étude de l'ibogaïne est un sujet scientifique très intéressant qui pourrait permettre de comprendre les liens et complémentarités entre tous ces récepteurs et neurotransmetteurs qu'on a jusqu'à présent considérés de façon isolée[189]. Les faits suggèrent que le traitement par ibogaïne provoque une remise à zéro (*resetting*) ou une normalisation des adaptations neuronales sous-tendant le développement de la dépendance et peut avoir des effets neurobiologiques généraux communs aux multiples syndromes de dépendances à tous les types de drogues[190]. Ravalec (2004) souligne la singularité de l'ibogaïne, qui, par son action à différents niveaux, est efficace, la dépendance étant liée à des modifications diverses dans le cerveau. Comparée à tous les autres traitements, l'action de l'iboga est beaucoup plus large. Les résultats des recherches menées vont dans le sens de ce qui a été relayé par la plupart des ex-toxicomanes traités : l'iboga comme l'ibogaïne interrompent le besoin de drogues très diverses. Un grand nombre de ceux qui, après le traitement, ont réessayé leur drogue habituelle remarquent qu'elle n'agit plus comme avant : ses effets sont décevants, ou ils en ont moins le goût, comme s'ils avaient désappris leur addiction. L'action de l'ibogaïne sur les zones *a priori* impliquées dans la mémoire, l'apprentissage et les réflexes conditionnés (amygdales cérébrales, hippocampe et cortex frontal) pourrait aussi être à l'origine de ce désapprentissage. Cela permettrait de mieux comprendre

pourquoi certaines personnes traitées ont réussi à rester abstinentes même en rencontrant des contextes qui auraient dû provoquer le besoin de drogue. Que l'ibogaïne soit efficace dans les modèles animaux de dépendance implique que la réduction du syndrome de sevrage n'est pas liée à un effet placebo ni à un simple effet psychothérapeutique.

Des effets psychologiques marqués

L'ibogaïne provoque un état de « rêve éveillé », dans lequel le sujet assiste au passage en revue des nombreux événements de sa vie, quasiment depuis sa naissance. Ses erreurs et ses mauvais choix lui sont révélés. C'est un peu comme si une seconde chance lui était offerte d'effectuer des choix différents et de modifier ses comportements au travers d'une sorte d'examen de conscience profond. Petit à petit, il pose des questions, et les réponses surviennent. Avec l'iboga, c'est inévitable. L'enchaînement des pensées est précis, juste, toujours parfaitement logique. La caractéristique de l'iboga(ïne) réside dans le travail « panoramique » qu'elle effectue sur la mémoire. Au cœur de la somme inouïe de souvenirs qui constituent un individu s'opère une sorte d'état des lieux. Pour employer une analogie informatique, l'iboga vide les mémoires du sujet en les lui présentant pour qu'il puisse mieux se comprendre[191]. Il a des visions sur son passé, son présent, et souvent son avenir. C'est un intense moment d'introspection lucide, s'étalant sur une vingtaine d'heures, pendant lesquelles l'individu est confronté directement à ses erreurs passées et fait l'expérience de solutions ou de modifications souhaitables dans la suite de sa vie. De nouvelles interprétations surviennent bien après l'effet direct de l'ibogaïne : des semaines, des mois plus tard, le sens des choses vues apparaît progressivement au gré des événements et de la maturation de l'esprit. Les effets sont durables, plusieurs semaines à plusieurs mois après, chez de nombreux sujets[192].

On observe également des expériences transpersonnelles, qui consistent en des visions de figures archétypales, d'entités spirituelles, de parents ou de proches, vivants ou morts, ou d'ancêtres. Mais elles ne semblent pas indispensables au sevrage des héroïnomanes et intéressent plutôt les personnes en quête authentique d'évolution spirituelle, ou s'inscrivant dans le cadre d'une initiation à la religion Bwiti. Comme pour la kétamine, qui exerce une action spécifique sur les récepteurs NMDA, des états similaires aux NDE (Near Death Experience) et des expériences de mort-renaissance ont été décrits avec l'iboga, que ce soit par les ethnologues travaillant sur les cérémonies initiatiques du Bwiti ou lors d'expérimentations psychédéliques.

Pendant ses visions, le sujet est calme et posé. Il perçoit la réalité autour de lui normalement, sans déformations liées à son imagination, sans illusions ni altérations de la pensée et sans dépersonnalisation. Il reste toujours conscient, toujours lui-même. Il ne ressent pas d'ivresse. Le travail intérieur semble plus souple et plus malléable qu'avec les autres PDL. Ainsi, de sa propre initiative, le sujet peut s'arrêter pour contempler une scène, revenir en arrière, explorer une alternative dans une séquence donnée, faire revivre une scène précédente, etc.

Pour expliquer cet état de rêve éveillé, les études ont confirmé la grande similitude entre les visions dues à l'ibogaïne et le sommeil paradoxal : les EEG très proches, caractérisés dans les deux cas par une très grande fréquence d'ondes PGO (pontogéniculo-occipitales), qui est même supérieure avec l'ibogaïne. C. Anderson, un psychiatre de la Harvard Medical School, pense que le genre de rêve éveillé provoqué par l'ibogaïne se rapprocherait de celui dans lequel le fœtus passe la moitié de son temps, appelé « sommeil actif ». Grâce au très fort afflux d'ondes PGO qu'elle provoque, l'ibogaïne recréerait les conditions du

sommeil fœtal et entraînerait une certaine plasticité dans le cerveau *via* le site des amygdales du système limbique – la région clé des émotions, siège de la mémoire émotionnelle. Robert Goutarel (1993), pharmacologue français, spécialiste de l'iboga, va aussi dans ce sens. Il évoque le « nettoyage des circuits neuronaux » permis par les ondes PGO, ainsi qu'une « reprogrammation répétée des neurones » au cours de ce processus.

L'ibogaïne, meilleur médicament potentiel pour la guérison des toxicomanies ?

Actuellement, l'utilisation pour le sevrage et la guérison de la toxicomanie est validée par un trépied d'arguments allant tous dans le même sens : études chez l'animal, cas cliniques et séries de cas, témoignages du milieu underground et sur Internet.

Les preuves d'efficacité dans le modèle animal

L'évidence de l'efficacité de l'ibogaïne dans le syndrome de sevrage aux opiacés est particulièrement forte dans le modèle animal, avec une réplication dans au moins huit publications indépendantes[193]. À cet égard, il est intéressant que le syndrome de sevrage aux opiacés soit l'indication spécifique pour laquelle le traitement à l'ibogaïne est le plus souvent recherché[194].

Chez les animaux, les alcaloïdes de l'iboga ont aussi démontré leurs capacités à réduire l'autoadministration de morphine[195], de cocaïne[196], d'amphétamine[197], de méthamphétamine[198], d'alcool[199] et de nicotine[200].

Pour une illustration plus parlante, l'étude de Capendijk et Dzoljic (1993) montre que les rongeurs voient leur comportement d'autoadministration de cocaïne diminuer de 40 à 60 % après une seule prise d'ibogaïne, et de 60 à

80 % après des prises répétées à une semaine d'intervalle. Cette diminution persiste durant plusieurs semaines.

Remarquons aussi qu'au Gabon les guérisseurs utilisent l'iboga pour soigner l'alcoolisme et que certaines personnes traitées pour des problèmes de drogue ont également arrêté le tabac, les cigarettes ne leur faisaient plus d'effet[201]. Le spectre d'action très large de l'ibogaïne sur de nombreuses drogues confirme son intérêt potentiel pour le traitement des polytoxicomanies.

Les preuves d'efficacité chez l'humain

Deux séries de cas, totalisant 65 patients, confirmerait l'efficacité de l'ibogaïne dans le syndrome de dépendance aux opiacés. Une série a concerné 33 traitements réalisés dans des contextes non médicalisés aux États-Unis et aux Pays-Bas[202]. L'autre série de cas étudie le traitement de 32 patients dépendants aux opiacés à la clinique de St. Kitts[203]. Une série additionnelle de 18 cas, certains recoupant la première série américano-hollandaise, fournit des descriptions détaillées supplémentaires[204].

Les individus traités pour sevrage aux opiacés dans la série américano-hollandaise étaient généralement gravement dépendants à l'héroïne, et huit sujets prenaient en plus de la méthadone[205]. Leur utilisation quotidienne moyenne de l'héroïne était de 0,64 g, principalement par voie intraveineuse. La résolution complète des signes du syndrome de sevrage, sans comportement ultérieur de recherche de drogue, fut observée dans les 24 heures chez 25 patients et continua pour les 72 heures suivant l'administration d'ibogaïne. Quatre autres patients n'eurent pas de signes de manque mais continuèrent à rechercher l'héroïne. Et trois autres encore présentèrent des signes atténués du syndrome de sevrage. Il y eut un décès, qui, comme la majorité des huit cas signalés jusqu'à ce jour au niveau mondial, était lié à la prise de drogue (héroïne) au moment du traitement,

ce qui est extrêmement dangereux, l'ibogaïne potentialisant énormément l'effet des opiacés et créant un phénomène d'overdose lors d'une administration simultanée.

L'autre série de cas, par Mash[206], avec les 32 patients de la clinique de St. Kitts, proposait une dose fixe de 800 mg. L'évaluation médicale, conduite avec des instruments structurés de mesure des symptômes de sevrage aux opiacés, permit de mettre en évidence la résolution du syndrome de sevrage dès la 12e heure suivant l'administration d'ibogaïne et pendant au moins 36 heures après la dernière intoxication par opiacés. Cette résolution se poursuivit lors des observations ultérieures réalisées dans la semaine suivant la prise unique d'ibogaïne. On constata aussi une diminution significative des mesures de dépression et de manque durant le mois suivant le traitement. Les auteurs révélèrent que, dans leur expérience, l'ibogaïne s'est révélée aussi efficace pour traiter le sevrage à la méthadone que celui de l'héroïne.

Les données concernant un total de 52 traitements impliquant 41 individus furent présentées à la NIDA pour la convaincre (en vain) de financer un projet thérapeutique avec l'ibogaïne chez l'humain. Ces traitements étaient réalisés principalement pour le sevrage aux opiacés, mais aussi pour d'autres dépendances aux stimulants ou à l'alcool. Il est remarquable de constater que, dans cette population pour laquelle les traitements conventionnels sont très peu efficaces, 62 % présentaient une abstinence de plus de deux mois après le traitement, et 19 % de plus de un an.

D'autres recherches ont été entreprises en Hollande pour étudier l'efficacité de l'ibogaïne dans la prise en charge de toxicomanies lourdes[207]. Sheppard conclut de son expérience que les effets de cette substance sont intéressants dans le cadre de la prise en charge médicale du sevrage aux opiacés et que son utilisation facilite le travail psychothérapeutique lors du sevrage.

L'expérience underground et la littérature non officielle

Les cas rapportés par la culture underground de l'ibogaïne devraient être considérés avec sérieux, comme une source potentiellement valide de données cliniques probantes. Les effets pharmacologiques de l'ibogaïne sont décrits avec une grande cohérence au travers des multiples entretiens et témoignages recueillis dans la littérature non officielle et sur Internet. Le syndrome de sevrage aux opiacés est un phénomène typique et constant, qui suit un cours précis dans un intervalle de temps limité, et peut donc être observé de façon fiable par des non-professionnels, sans être confondu avec un quelconque effet placebo. L'expansion actuelle de la culture underground, basée sur le bouche à oreille des patients traités, indique la possibilité d'un effet pharmacologique réel qui mérite des investigations plus poussées. Si de telles investigations devaient s'avérer productives pour la compréhension de la neurobiologie de l'addiction, ou pour le développement de traitements innovants, cela illustrerait parfaitement le dicton essentiel de la médecine clinique : *« Nos patients sont nos plus grands enseignants*[208]*. »*

La toxicité

Le cervelet (les cellules de Purkinje) apparaît comme la région la plus sensible concernant la neurotoxicité[209], qui a été observée chez le rat à des doses (100 mg/kg) excédant de loin celles utilisées pour le sevrage des opiacés (ou l'usage spirituel chez l'homme). De plus, le rat est une espèce plus sensible que les autres à la neurotoxicité de l'ibogaïne, ce qui n'est pas retrouvé chez les souris ou les primates[210].

Aucune neurotoxicité n'a été retrouvée dans l'examen neuropathologique *post mortem* d'une femme ayant été traitée à quatre occasions dans les quinze mois précédant sa mort, avec un dosage allant de 10 à 30 mg/kg[211]. De

même, des mesures quantitatives de tremblements, liées au fonctionnement du cervelet, n'ont montré aucune anomalie chez des patients ayant antérieurement pris de l'ibogaïne aux doses de 10 à 30 mg/kg. Le matin suivant une prise nocturne, il existe quelques tremblements passagers chez le consommateur, provenant d'un syndrome cérébelleux fonctionnel (sans atteinte organique) et très bref.

L'iboga, un médicament anti-Alzheimer et anti-Parkinson ?

Différents troubles neurologiques, comme la maladie d'Alzheimer, sont liés à un dysfonctionnement du système NMDA qui entraîne des dommages excito-toxiques. L'ibogaïne en bloquant ces récepteurs pourrait permettre de soigner ces maladies neurologiques en réduisant ces dommages. Un brevet a été déposé par le Dr Olney (1997), consultant au NIDA, sur l'ibogaïne comme médicament antineurotoxique, plus exactement comme « réducteur des dommages excito-toxiques sur le cerveau » avec des usages proposés sur les douleurs neuropathiques ou les maladies de Parkinson ou d'Alzheimer par exemple. L'action de l'ibogaïne sur le récepteur NMDA suggère aussi un potentiel neuroprotecteur vis-à-vis des attaques cérébrales. L'ibogaïne a été signalée comme protégeant de la neurotoxicité liée à la méthamphétamine[212].

Il n'y a aucune toxicité sur le foie, les reins ou le cœur, même après un traitement chronique de trente jours aux doses antidrogue – deux fois supérieures aux doses recommandées pour une expérience psychothérapeutique ou spirituelle.

Les précautions indispensables

Il est risqué et absolument contre-indiqué de prendre de l'iboga ou de l'ibogaïne si l'on a des problèmes de cœur

ou de tension artérielle parce qu'elle a un effet variable sur le rythme cardiaque (ralentissement) et sur la tension. Le risque de trouble du rythme cardiaque, en cas de cœur préalablement affecté par une maladie, n'est absolument pas à négliger.

Une autre contre-indication absolue est essentielle et concerne les toxicomanes : ne ***jamais*** prendre de drogues (opiacées surtout) plusieurs heures avant ni pendant le traitement avec l'ibogaïne. Le risque ici est tout simplement de… mourir ! C'est ce qui s'est passé pour le seul cas de mort par ibogaïne signalé en 2005 en France et qui a conduit au classement de l'iboga dans la classe des stupéfiants. Il s'agit d'un toxicomane qui a pris de l'héroïne pendant une séance d'iboga. Ici, c'est l'héroïne et non l'ibogaïne qui est responsable directe de la mort. C'est prouvé depuis longtemps : l'ibogaïne potentialise l'action des opiacés, si bien que pour un même effet antidouleur il faut deux fois moins de produit. Avec l'héroïne, c'est encore plus fort : c'est comme si la tolérance, plus ou moins élevée selon le niveau de dépendance, était d'un coup remise à zéro. Les femmes sont beaucoup plus sensibles à l'iboga et à l'ibogaïne que les hommes. Alper et Lotsof (2007) observent qu'entre 1990 et 2006 huit cas de décès survenant dans les 72 heures suivant l'ingestion d'ibogaïne avaient été signalés. Les causes de certains de ces décès étaient liées à la prise de drogues au cours du traitement, à une maladie cardio-vasculaire préexistante ou à une embolie pulmonaire.

Là encore, si l'utilisation thérapeutique de l'iboga et de l'ibogaïne, au lieu d'être pénalisée et criminalisée, était autorisée par la loi dans un établissement médical conventionnel, avec toutes les précautions et investigations cliniques rendues possibles dans un tel cadre, ces très rares accidents pourraient être évités. Comme le souligne Ravalec (2004), ce chiffre reste néanmoins bien inférieur aux centaines de morts liées aux autres traitements actuellement

proposés pour le sevrage ou le traitement des toxicomanes, à savoir les drogues de substitution (Méthadone et Subutex), et plus encore aux milliers de décès dus aux drogues

L'avenir

On a beaucoup étudié l'ibogaïne, mais beaucoup moins l'iboga qui est un ensemble complexe d'alcaloïdes, dont beaucoup ont une action antidrogue propre et semblent parfois complémentaires. L'étude scientifique de l'iboga pourrait ainsi démontrer une efficacité encore plus grande que pour l'ibogaïne, notamment sur les dépendances. Il existe au Gabon un savoir issu d'une longue pratique avec l'iboga. Les Occidentaux auraient tout intérêt à observer la pratique des Africains et à apprendre à leur contact. La façon dont le traitement à l'ibogaïne est dispensé dans les cliniques modernes ne permet pas de maîtriser aussi bien le travail psychothérapeutique qui est par contre le rayon des guérisseurs africains[213]. À l'inverse, pourquoi ne pas faire venir les guérisseurs africains dans notre cadre médical, les former sur les questions ou les techniques qu'ils ne connaissent pas, et travailler ici avec eux ? La surveillance médicale moderne s'ajoutant aux précautions rituelles traditionnelles, les risques seraient alors vraiment limités à quasiment zéro.

Les patients traités à l'ibogaïne considèrent souvent les visions et les émotions fortes qu'elle provoque comme une réelle opportunité d'avoir accès à des problèmes jouant un rôle déterminant dans leur abus de drogue, et se sentent ensuite plus ouverts et à même d'utiliser le processus psychothérapeutique. Ils vivent les expériences visuelles oniroïdes liées à l'ibogaïne comme des prises de conscience concernant directement les raisons de leur comportement toxicomaniaque.

Les personnes sans toxicomanie, qui prennent l'ibogaïne pour des raisons psychologiques ou spirituelles, partagent le même point de vue : le rêve éveillé et les autres effets subjectifs de la substance sont d'une grande valeur pour permettre de dépasser les blocages psychologiques[214].

Les Ngangas (guérisseurs africains) utilisent traditionnellement l'iboga pour traiter la dépression, les angoisses et même la schizophrénie.

Certains psychiatres occidentaux ont déjà essayé l'ibogaïne pour la psychothérapie. Pour Naranjo (1969), avec l'ibogaïne, l'inconscient se révèle avec une telle clarté que le sujet s'aperçoit facilement de son ancienne erreur profondément ancrée. La vision d'événements marquants de sa vie personnelle, associée au recul et à la réflexion sur soi, est thérapeutique. Naranjo a conduit une recherche portant sur 30 patients pour étudier la façon dont l'ibogaïne pourrait faciliter les psychothérapies. En observant une quarantaine de séances d'ibogaïne, il constate que celle-ci conduit à des états de rêve sans perte de conscience ; à des doses de 4 à 5 mg/kg, les sujets éprouvent des impressions fantastiques, sans changement de perception de l'environnement, sans dépersonnalisation ni altération du cours de la pensée. Il en conclut que l'ibogaïne peut être utilisée comme catalyseur du processus psychothérapeutique[215].

Pour le Dr Taub, l'ibogaïne marche particulièrement bien sur les tendances obsessionnelles, dont les addictions. Pour le Dr Stolaroff, elle permet de résoudre les blocages en stoppant les refoulements : « Une vérité que vous essayez de dénier, l'ibogaïne vous en empêchera. » Tous deux remarquent que ceux qui ont pris de l'ibogaïne continuent à réfléchir sur le contenu de leur expérience des mois après et que leur comportement s'améliore. Beaucoup d'observateurs décrivent enfin une « fenêtre d'opportunité » après un traitement à l'ibogaïne, ce qui veut dire que les gens montrent alors plus d'intérêt et de capacité

d'engagement dans les psychothérapies. Pour Anderson, l'ibogaïne, en replongeant les gens dans le sommeil actif des fœtus, permettrait de rétablir un équilibre entre les deux hémisphères du cerveau et de soigner ainsi des patients victimes de stress posttraumatiques, ce qu'il a fait lui-même pendant quatre ans.

Il reste encore tant à découvrir sur l'iboga et l'ibogaïne, pour peu que les mentalités changent et acceptent d'être éclairées. On pourrait imaginer, dans un avenir proche, une fois l'ibogaïne redevenue légale, un protocole validé, couplant un suivi en institution médicale et une prise dûment sécurisée d'ibogaïne, pour des indications aussi diverses que prometteuses : syndrome de stress posttraumatique (PTSD), dépression, tabagisme, alzheimer…

Un autre alcaloïde présent dans l'iboga, la 18-méthoxycoronaridine, a attiré récemment l'attention des chercheurs, en montrant un effet antiparasitaire vis-à-vis de la *leishmania amazonensis*[216], vecteur d'une maladie cutanée diffuse en Amérique du Sud. Elle a aussi révélé un effet antiviral dans le cas du virus HIV-1 du sida chez l'homme[217]. À suivre…

La mescaline et les cactus peyotl (ou peyote), et San Pedro

La molécule de mescaline est présente à l'état naturel dans différents cactus (famille des cactacées) dont, principalement, le *Lophophora williamsii* (ou peyotl), le *Trichocereus pachanoi* (San Pedro) et le *Trichocereus peruvianus* (torche péruvienne).

Un peu d'histoire

Il y a de cela environ 1 000 ans avant J.-C., les peuples natifs de l'Amérique du Nord qui occupaient la zone correspondant à l'actuel Mexique et au Texas utilisaient le cactus *peyotl* comme catalyseur pour entrer dans le monde non visible. Approximativement à la même période, en Amérique du Sud, les Indiens péruviens commençaient à ingérer le cactus *San Pedro* dans le même but. Bien que les deux espèces de cactus soient vraiment différentes en apparence, les deux contiennent le même alcaloïde psychoactif, la mescaline. Il est intéressant, et peut-être même significatif, de constater que des cultures si différentes et séparées géographiquement aient pu commencer à utiliser la même molécule chimique, pour les mêmes raisons, pratiquement au même moment de l'Histoire[218].

Le peyotl (Lophophora williamsii)

C'est une sorte d'usine à alcaloïdes, produisant de la mescaline et plus de 50 composants qui lui sont chimiquement reliés. Le peyotl a une longue histoire d'usage en tant que médecine ou sacrement. Les Indiens le consommaient déjà à l'époque précolombienne. Quand les Espagnols entreprirent la conquête de la Sierra de Alica au XVI^e^ siècle, ils s'aperçurent que la consommation du peyotl par les Indiens accroissait leur endurance à la faim et à la fatigue. Ces coutumes ne manquèrent pas d'être interprétées par les missionnaires espagnols comme des manifestations diaboliques. La Sainte Inquisition s'employa donc à faire cesser le culte démoniaque de la « racine diabolique », sans y parvenir réellement. Sueur et coll. (1999) remarquent qu'il est tentant d'assimiler l'interdiction du LSD par le pouvoir garant de l'ordre établi à l'action de l'Inquisition à cette époque. De 1520 à 1750, les Européens l'interdisent comme étant une pratique de sorcellerie. Les inquisiteurs

espagnols déclarèrent que son usage était un crime répréhensible à l'égard de Dieu. Chose assez ironique, lorsque l'on sait que les péyotistes natifs se servaient de ce cactus comme d'un guide divin inspirateur. Comme dans le cas du *Teonanacatl*, le champignon sacré de la Méso-Amérique, le fait que la religion du peyotl continue à exister malgré des siècles de persécution constitue un témoignage de son importance dans la vie spirituelle de ces peuples.

La tribu des Huichols semble avoir été la seule à conserver intégralement les rites de la religion primitive du peyotl. Les Huichols constituent un peuple amérindien qui vit au Mexique dans la Sierra Madre occidentale. Il s'agit d'une culture chamanique traditionnelle typique de l'usage du peyotl. Consommé mâché ou en décoction, il représente le prototype du psychotrope à fonction de cohésion sociale en raison de son utilisation à des fins initiatiques, permettant le passage à l'identité adulte et l'accès au sens de la fonction sociale, pour les jeunes individus du groupe.

Durant les années 1870 et 1880, une religion liée aux visions du peyotl se développa en réaction à l'expulsion inexorable des Indiens de leurs territoires, associée à une destruction délibérée de leur culture. L'Église des Indiens natifs des États-Unis (la NAC), synthèse de religion indienne traditionnelle et de christianisme, fut fondée en 1918. La NAC est une tradition ethno-médicale et spirituelle, basée sur l'utilisation du peyotl comme médecine sacrée. Elle s'est développée en réponse aux conditions déplorables existant dans les communautés d'Indiens nord-américains : populations décimées par la guerre, les maladies étrangères, l'alcoolisme, l'acculturation forcée et la conversion au christianisme, la dépression et le sentiment d'aliénation. La NAC a offert des soins à ses membres, une revitalisation culturelle et une possibilité réelle de se sortir de l'alcoolisme.

C'est en 1960 que les Indiens natifs d'Amérique ont

pour la première fois à nouveau le droit d'utiliser le peyotl aux USA. Après bien des revirements de situation, ce droit devint définitif en 1994, les Indiens natifs pouvant dès lors pratiquer légalement des cérémonies religieuses avec consommation du peyotl, dans le cadre de la NAC (Native American Church). En 2004, la Cour suprême de l'Utah établit que toute personne identifiée comme membre de la NAC, *quel que soit son groupe ethnique*, pouvait désormais consommer le peyotl au cours d'une cérémonie rituelle, sans être poursuivie par l'État.

Au niveau de l'ancien monde, la reconnaissance du peyotl est bien plus tardive. En 1845, le peyotl est classifié par les botanistes européens. En 1887, Parke Davis (le laboratoire) distribue des boutons de peyotl séchés ! Le pharmacologue allemand Louis Lewin décrivit les effets hallucinogènes des alcaloïdes du peyotl qu'il avait ramené du Mexique en 1888. L'alcaloïde mescaline fut isolé du cactus en 1896 par Heffter, sa structure chimique fut expliquée et synthétisée en 1919 par E. Spath. Ce fut le premier PDL existant sous forme de substance pure avec lequel on pût étudier les modifications, produites chimiquement, des perceptions sensorielles et de la conscience. Dans les années 1920 on expérimenta la mescaline à grande échelle sur les animaux, on la testa même sur l'homme. Au début du XX^{e} siècle, aux États-Unis et en Europe, la mescaline resta longtemps un objet de curiosité pour l'avant-garde scientifique et littéraire, connue par quelques initiés, cachée au reste de la société [219].

Mais l'ouvrage d'Aldous Huxley, paru en 1954, *Les Portes de la perception*, va changer les choses : l'auteur y raconte son expérience avec la mescaline, et l'ouvrage devient vite célèbre et acclamé, au moins parmi l'élite intellectuelle. Mais la célébrité de la mescaline en Occident est aussi due aux écrits des Français Antonin Artaud (*Voyage au pays des Taharumaras*) et Henri Michaux (*L'Infini*

turbulent et *Connaissance par les gouffres*) sur leurs propres expériences.

Le San Pedro, ou Trichocereus pachanoi *ou* Echinopsis pachanoi ssp. pachanoi

Il est utilisé lui aussi depuis fort longtemps par les populations locales pour ses propriétés psychotropes liées à la présence de mescaline. Il contient un moins grand nombre d'alcaloïdes que le peyotl, et l'expérience qu'il engendre est réputée plus douce (moins de nausées, notamment). C'est l'un des premiers PDL dont la race humaine fît usage dans son histoire. Ainsi, au Pérou, on en retrouve une représentation sur un haut-relief du temple de Chavín à Huantar datant d'environ 1 300 ans avant Jésus-Christ. Son usage fut là aussi sous le feu de l'inquisition espagnole, et le nom du cactus se réfère à saint Pierre « le gardien du seuil » pour le paradis catholique (une stratégie utilisée pour adoucir les foudres des inquisiteurs).

En Europe, en 1945, Gillin fut le premier chercheur à observer et à noter le rôle du cactus hallucinogène connu sous le nom de San Pedro. En 1960, Friedberg envoya un spécimen à Poisson, de la faculté de médecine de Paris, et celui-ci identifia la mescaline (1,2 g par kilo de matériel frais) comme en étant l'alcaloïde actif. Le San Pedro est encore utilisé dans les pratiques chamaniques actuelles d'Amérique du Sud (où on l'appelle le *wachuma* ou *huachuma*). Mercatali (1992) en rappelle l'importance pour ces populations :

> « L'action de cette plante sacrée couvre une série de besoins tels que la conservation de la stabilité du groupe ainsi que la sécurité et la santé des individus, besoins ne pouvant être satisfaits par les mécanismes de la société occidentale. Il est donc important pour ces cultures que la tradition du San Pedro se perpétue, car elle conditionne leur survie. »

Contrairement au peyotl, le San Pedro n'est pas en voie d'extinction, sa croissance étant beaucoup plus rapide, et sa culture, aisée.

Le peyotl, la NAC et la lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie

Il n'y a pas vraiment eu d'étude scientifique (du type phase 2 ou 3) pour observer les effets thérapeutiques d'une prise isolée de mescaline dans un milieu médical classique. Par contre, il y a eu un certain nombre d'études indiquant l'effet bénéfique du peyotl pris en communauté dans le cadre rituel et spirituel de la NAC. Ces études illustrent très bien l'importance du cadre religieux et des pratiques chamaniques pour créer un état modifié de conscience thérapeutique assisté par une substance psychédélique. Le seul inconvénient de ce genre d'étude réside dans la difficulté à faire la part des choses, concernant la cause réelle des effets bénéfiques, entre, d'une part, le soutien communautaire et spirituel lié à la participation à une Église et, d'autre part, le rôle spécifique de la mescaline contenue dans le peyotl.

Les Indiens natifs d'Amérique constituent une population touchée par des problèmes de santé sévères, supérieurs à la moyenne nationale aux États-Unis. Ainsi, le taux de mort par alcoolisme y est six fois plus élevé, de mort par tuberculose, quatre fois, de suicides chez les 15-24 ans, trois fois, et de mort par diabète sucré, trois fois aussi[220].

La plupart des ethnographes sérieux de la NAC[221] ont fait état de l'efficacité de la NAC pour favoriser la guérison de l'alcoolisme chez les natifs. Plusieurs décennies d'observations attestent du pouvoir antiaddiction de la participation aux cérémonies de peyotl[222].

Aberle (1966-1991) a conduit des entretiens chez 170 Indiens navajo consommant le peyotl et a pu vérifier

leur abstinence d'alcool, en tant qu'observateur participant sur une longue période de temps.

Le célèbre psychiatre Karl Menninger (1971) a prononcé des paroles très en faveur de l'efficacité de la NAC : « Le peyotl n'est pas nocif pour ces gens ; il est bénéfique, réconfortant, inspirant et apparaît comme une nourriture spirituelle. C'est un antidote à l'alcool bien meilleur que tout ce qu'ont pu proposer les missionnaires, l'homme blanc, l'Association médicale américaine et les services de santé publique. »

Calabrese (1994, 1997, 2001) a conduit un travail ethnographique en séjournant deux ans chez les Indiens navajo. Il fit le constat que la NAC est, pour beaucoup, au cœur de leur guérison de l'alcoolisme, d'abus de drogues et d'autres problèmes psychologiques ou comportementaux.

Albaugh et Anderson (1974) disent avoir observé qu'une aura psychédélique durant 7 à 10 jours survient chez les membres alcooliques de la NAC après une participation à une cérémonie de peyotl. Cet état particulier est caractérisé par « une plus grande ouverture et une volonté de communiquer ».

Une étude plus récente montre aussi que le peyotl, pris comme sacrement lors des cérémonies religieuses de la NAC, peut aider à l'abstinence complète vis-à-vis de l'alcool ou des drogues[223].

En dehors de la NAC, Mabit (2001) signale comment l'alcool représente une véritable drogue dure, dans les groupes ethniques pour lesquels il est un produit d'importation désinséré de son contexte. On voit alors les guérisseurs de la côte péruvienne traiter leurs alcooliques au moyen de l'usage rituel du cactus à mescaline, avec un taux élevé de succès[224] (environ 60 % avec 5 ans de recul). Les Indiens nord-américains réduisent considérablement et très rapidement l'incidence d'alcoolisme dans leurs réserves en redonnant vie à leurs pratiques ancestrales qui incluent l'usage ritualisé du peyotl et du tabac[225].

Le peyotl pris au long cours : pas de toxicité et effets psychologiques bénéfiques

Chez les participants de la NAC, les cérémonies de peyotl servent à donner un sens à la vie, une paix et une harmonie intérieures, un groupe de référence qui satisfait les besoins d'approbation et d'estime, procure une validation de l'identité, et soutient l'adaptation à la société dominante[226].

Le Dr Robert Bergman, un psychiatre travaillant pour les services de santé indiens dans une réserve navajo, rechercha toutes les manifestations de réactions négatives au peyotl. Parmi les 180 000 ingestions de peyotl par an (pour toute la population étudiée), sur les quatre ans que dura l'étude, il ne releva que cinq cas avérés de problèmes liés au cactus. Chacun de ces problèmes prit fin rapidement. Bergman calcula que l'incidence des réactions adverses au peyotl pouvait être estimée à un cas sur 70000. Sa conclusion fut qu'il n'y avait « presque aucun trouble émotionnel aigu ou chronique résultant de la consommation du peyotl ».

Une étude récente importante a été réalisée par l'équipe de recherche de l'hôpital McLean et de l'École médicale d'Harvard. Elle fournit de solides arguments en faveur des bénéfices positifs pour la santé mentale associés à la participation à la NAC. Cette étude compara l'état de santé mentale (grâce à l'Inventaire de santé mentale Rand-ou RMHI) et les résultats à dix tests neuropsychologiques chez trois groupes d'Indiens navajo : un groupe de 61 membres de la NAC consommant régulièrement du peyotl, un groupe de 36 Navajos ayant des antécédents de dépendance à l'alcool mais sobres depuis au moins deux mois au moment de leur inclusion dans l'étude et un groupe de comparaison de 79 autres personnes qui avaient consommé très peu de peyotl d'alcool, ou d'autres substances dans leur vie.

Les membres de la NAC ayant consommé du peyotl pendant une grande partie de leur vie eurent d'aussi bons

résultats aux tests neuropsychologiques que les sujets du groupe de comparaison (non-consommateurs) et firent même mieux que ces derniers pour les notes d'« affect positif général » et de « bien-être psychologique » à l'inventaire RMHI. À l'inverse, les consommateurs excessifs d'alcool eurent de moins bons résultats que le groupe de comparaison, pour toutes les mesures du RMHI. La consommation de peyotl au long cours ne semble donc pas entraîner de neurotoxicité, et, au contraire, l'étude révéla aussi que, parmi les membres de la NAC, plus l'exposition au peyotl avait été durable, meilleures devenaient les notes à cinq des neuf échelles composant le RMHI, indiquant donc une meilleure santé mentale.

Enfin, des interrogations couraient sur d'éventuelles altérations chromosomiques liées à l'usage de peyotl. Dorrance et coll. (1975) ont coupé court définitivement à cette crainte en comparant un groupe d'Indiens Huichols qui avaient consommé le peyotl depuis leur enfance et jusqu'à un âge avancé, avec un autre groupe d'Huichols qui n'avaient jamais pris de peyotl. Ils trouvèrent qu'il n'y avait aucune différence, en termes de lésions chromosomiques, entre les deux groupes.

La sauge divinatoire (*Salvia divinorum*)

Histoire

La sauge divinatoire est une menthe psychotrope, de la famille des *Lamiaceae*. Elle est utilisée depuis plusieurs siècles par les chamanes indiens mazatèques de la province mexicaine d'Oaxaca, à des fins médicales et religieuses[227]. Les Mazatèques appellent la plante « *ska pastora* » ou « *ska*

Maria pastora», signifiant les «feuilles de la bergère», ou les «feuilles de Marie la bergère», en référence à la Vierge Marie dont l'esprit est lié à la plante.

Elle fut découverte par Gordon Wasson et Albert Hofmann (ceux-là mêmes qui avaient fait connaître à l'Occident les champignons à psilocybine). En octobre 1962, Wasson obtint des spécimens de *Salvia divinorum* durant une expérience dans la sierra mazatèque avec Albert Hofmann. Le Pr Carl Epling, d'UCLA (Université de Californie de Los Angeles), les reconnut comme une nouvelle espèce et en publia la description en décembre 1962, conjointement à un autre article de Wasson qui détaillait le rôle de cette plante dans la culture mazatèque[228].

C'est la plante du mystère, de par son origine, ses propriétés pharmacologiques, l'intensité et l'originalité de l'ouverture de conscience qu'elle permet. Elle ne pousse en effet naturellement que dans une toute petite partie du monde, la province d'Oaxaca au Mexique. C'est un cultigène, ce n'est pas une espèce qui pousse de façon sauvage, c'est-à-dire qu'elle ne se répand pratiquement que par bouturage, les graines ne permettant qu'exceptionnellement de former des nouveaux plants. Quasiment tous les spécimens retrouvés dans le monde proviennent de «clones» des plants d'Oaxaca, ce qui n'a pas empêché la *Salvia divinorum* de se répandre partout. Les Indiens mazatèques eux-mêmes n'en connaissent pas l'origine et pensent qu'elle vient d'ailleurs. Ils ne lui avaient même pas donné de nom avant l'arrivée des conquérants espagnols du Nouveau Monde.

Pharmacologie

C'est la seule plante visionnaire, dont le principe actif, la salvinorine-A, est un diterpène et non pas un alcaloïde. La salvinorine A fut isolée et identifiée en premier par Ortega

et coll. (1982) et, peu de temps après, par Valdes et coll. (1984). Elle fut alors testée comparativement à 500 molécules et leurs récepteurs correspondants dans le cerveau, et, surprise, aucune ne correspondait à la salvinorine A. Elle n'agit notamment pas là où agissent les PDL classiques, sur les récepteurs 5HT2-A à la sérotonine, comme c'est le cas pour la psilocybine et le LSD. Il a encore fallu attendre 20 ans après sa découverte pour que l'on commence à appréhender son mécanisme d'action sur le cerveau.

En 2002, Bryan Roth et ses collègues publièrent leur découverte inattendue : la salvinorine A apparaissait fonctionner comme un agoniste hautement sélectif du récepteur kappa aux opiacés[229]. L'article de Roth fit passer la plante du statut d'un enthéogène obscur et déboussolant à celui d'un nouvel outil pour la recherche pharmacologique. Cet outil contient les promesses d'une nouvelle compréhension du fonctionnement du cerveau, de la dépendance aux drogues, de la maladie d'Alzheimer, de la psychose et du système encore méconnu des récepteurs kappa aux opiacés[230]. Contrairement aux agonistes aux récepteurs μ aux opiacés (comme la morphine), qui créent une dépendance, les agonistes kappa ont la propriété très intéressante d'être antalgiques tout en créant très peu de chance de dépendance : les rats, par exemple, n'ont pas tendance à se l'autoadministrer[231].

Il n'y a eu aucun cas documenté d'overdose avec la *Salvia divinorum*. Pourtant, c'est le plus puissant des psychédéliques naturels connus à ce jour. Elle n'entraîne pas ou excessivement peu de dépendance psychique et aucune dépendance physique[232].

Utilisation et utilité

La *Salvia divinorum*, du fait de ses puissants effets psychédéliques, ne peut pas être utilisée de manière

récréative, en discothèque par exemple, et les utilisateurs finissent souvent par la craindre et par s'en éloigner. Il n'y a donc pas de risques qu'elle soit vendue dans la rue et fasse la fortune de revendeurs. Elle demande en effet beaucoup de préparation psychologique et d'application pour pouvoir être utilisée de manière profitable en psychothérapie ou pour le développement spirituel.

Sa consommation est encore légale dans de nombreux pays. Elle connaît un grand regain d'intérêt actuellement aux États-Unis et en Europe. Ses consommateurs actuels accèdent à la plante et à ses préparations (feuilles séchées, extraits concentrés), dans un contexte qui n'est ni traditionnel ni religieux, principalement en les achetant par les «*smart-shops*» et leurs sites Internet[233]. Les deux façons les plus intéressantes de la consommer sont en fumant des extraits concentrés (X 5 ou X 10) dans une pipe à eau, ou en mâchant une chique composée de 4 à 8 grammes de feuilles pendant une demi-heure, et en n'avalant pas la salive, l'absorption se faisant au niveau de la muqueuse buccale, par voie sublinguale[234].

Dans le premier cas (extraits fumés), l'expérience survient très rapidement (moins d'une minute), et sa durée est très brève (une à dix minutes en moyenne)[235]. Son intensité est telle que, même si elle peut fournir des prises de conscience intéressantes, il reste difficile de l'utiliser dans une démarche construite, volontaire et consciente de thérapie ou de développement personnel. Elle permet néanmoins d'initier le consommateur au potentiel d'enseignement et de sagesse de cette plante.

Dans le second cas (chique mâchée), l'expérience survient au bout d'un quart d'heure et dure ensuite trois quarts d'heure. Il existe alors de nombreuses possibilités pour l'utilisateur d'interagir avec les effets procurés par la plante, d'y faire des expériences, de poser des questions et de recevoir des réponses, d'explorer en profondeur son univers intérieur ou les mondes parallèles qui lui sont révélés. C'est

une méthode d'utilisation chamanique typique. Bret Blosser (1994), après plusieurs années passées auprès de chamanes mazatèques, a édité une cassette décrivant la façon d'utiliser la *Salvia divinorum* de manière rituelle dans un but thérapeutique ou divinatoire.

Pour les lecteurs intéressés par de plus amples informations sur les effets subjectifs de la plante, Turner (1996) a rassemblé et résumé de manière informelle dans son livre les témoignages de 50 utilisateurs et y a présenté aussi le résultat de sa propre expérience au cours de 30 séances personnelles avec la salvinorine A. Actuellement, des études récentes semblent indiquer le potentiel thérapeutique de la *Salvia divinorum* dans des indications plus «*classiques*», psychologiques ou psychiatriques.

La Salvia divinorum *en psychothérapie et en psychiatrie*

Hanes, en 2001, a décrit le cas très intéressant d'une patiente déprimée chronique, résistante aux antidépresseurs et à la thérapie comportementale et cognitive, qui un jour débarque chez son psy déclarant qu'elle n'était plus déprimée suite à sa consommation de sauge divinatoire. Ce dernier confirme cet état de fait grâce à une échelle d'évaluation de la dépression (HAM-D) et à un examen clinique. La patiente affirme que la plante a engendré une sorte d'«*éveil spirituel*», caractérisé par la découverte de la nature profonde de son esprit, une plus grande confiance en elle, des sentiments accrus de sa propre sagesse intuitive et de sa «*connexion*» à la nature.

Fait intéressant, trois ans plus tard, Baggott et coll. (2004) publient les résultats d'une étude qui vont dans le sens de la découverte de Hanes. Baggott et des chercheurs de l'Université de San Francisco ont interrogé 500 usagers de la *Salvia divinorum*. Ceux-ci reconnaissent avoir ressenti,

dans plus de 20 % des cas, les effets suivants, persistant à court terme, après l'effet principal :

(1) Perspicacité accrue – 47 %
(2) Meilleure humeur – 44,8 %
(3) Sérénité – 42,2 %
(4) Connexion avec l'univers ou la nature accrue – 39,8 %
(5) Pensées étranges – 36,4 %
(6) Sensation d'irréalité – 32,4 %
(7) Sensation de flottement – 32 %
(8) Sudation – 28,2 %
(9) Sensation de chaud ou de froid – 25,2 %
(10) Pensée emballée – 23,2 %
(11) Étourdissement – 22,2 %
(12) Confiance en soi accrue – 21,6 %

Certaines personnes rapportent un léger mal de tête, une insomnie ou une irascibilité. La fumée peut également irriter les bronches.

Les résultats du sondage de Baggott, qui a utilisé un outil de diagnostic psychiatrique standardisé de la dépendance aux drogues, indiquent un potentiel de dépendance presque inexistant. Seuls 4 % des utilisateurs se sont plaints d'effets négatifs persistants (24 heures ou plus), principalement de l'anxiété. L'effet « négatif » le plus fréquent qui rend hésitant les consommateurs à en reprendre est le fait de « se sentir quelqu'un ou quelque chose d'autre » : paradoxalement, à l'intérieur d'un cadre soignant, c'est aussi l'un des effets qui contient le plus grand potentiel thérapeutique.

Concernant les résultats à plus long terme, le sondage de Baggott montre que 25,8 % des sondés notent une amélioration de l'humeur, similaire à un antidépresseur, d'une durée de 24 heures ou plus. Cette conclusion est en concordance avec les propriétés connues sur les agonistes kappa-opioïdes, en plus des récits anecdotiques et constats de

cliniciens[236]. Peut-être peut-on en rapprocher le rire « cosmique » et incontrôlable, associé à une euphorie immédiate que la *Salvia divinorum* peut typiquement induire chez certains consommateurs. Pour 38,4 % des utilisateurs, son effet est unique et différencié par rapport aux autres psychédéliques, et pour 23 % d'entre eux les effets sont comparables à ceux des états de conscience obtenus par la méditation, le yoga, les autres techniques de transe.

Il y a actuellement une recherche en cours avec la MAPS (Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies) pour évaluer l'utilité de la *Salvia divinorum* comme outil pour faciliter le travail de méditation. Les participants sont divisés en trois groupes, deux recevant différentes doses de la plante, et un groupe recevant le placebo. Les résultats initiaux de la recherche ont été positifs, et l'expérience continue.

Debora Gonzales et ses collègues (2006), des universités espagnoles de Madrid et Barcelone, ont conduit une étude portant sur 32 utilisateurs de *Salvia divinorum*. L'étude confirme que le mode d'usage le plus fréquent de la *Salvia* consiste à fumer des extraits concentrés de feuilles. Les résultats les plus intéressants sont liés aux notes des participants au « Questionnaire d'états altérés de conscience » APZ, conçu par Dittrich (1998). Les notes obtenues pour les trois sous-échelles de ce questionnaire (OSE, AIA et VUS) se révélèrent plus élevées que celles observées dans une autre étude du même groupe de chercheurs, avec l'ayahuasca, lors d'administration de doses correspondant à 0,8 mg de DMT par kilo de poids corporel[237] ! Ces résultats révèlent ainsi un haut niveau de déréalisation vécu par les consommateurs de *Salvia divinorum*, en accord avec l'effet positif le plus fréquemment cité de la substance, à savoir l'entrée dans une autre réalité. Ils indiquent aussi la grande intensité des phénomènes visionnaires qu'elle induit.

Les auteurs concluent leur article en disant que le profil des effets subjectifs provoqués par la *Salvia divinorum* est

compatible avec celui des autres agonistes kappa connus, soutenant ainsi l'hypothèse selon laquelle le mécanisme d'action chez l'humain de cette substance est lié à l'activation des récepteurs kappa aux opiacés.

Les participants furent unanimes pour dire qu'aucun effet négatif ne durait au-delà de un jour. Cependant, quand on leur demanda s'ils avaient envie de prendre cette plante régulièrement, seuls 44 % répondirent par l'affirmative ; l'expérience est tellement intense (évaluée comme « très intense » par 41 % et « extrêmement intense » par 19 % des utilisateurs de l'étude) qu'il faut une véritable motivation courageuse pour la reproduire, ce qui explique en partie le risque quasi inexistant de dépendance psychologique à cette plante.

Il existe actuellement une recherche en cours d'ouverture, sous la responsabilité de l'École de médecine de l'université de Yale, menée par le Dr Mohini Ranganathan.

Cette recherche s'effectuera en deux étapes, chez des sujets volontaires sains :

• La première (phase I), étudiera chez six sujets la gamme des doses efficaces pour l'administration sublinguale. C'est à partir des résultats que seront déterminées les conditions de sécurité ainsi que les doses « faibles » et « fortes » qui seront ensuite utilisées dans la seconde partie de l'étude.

• La seconde (phase II) emploiera 35 sujets supplémentaires. Elle visera à caractériser les relations doses/effets concernant les changements comportementaux, cognitifs, physiologiques, endocrines et neurochimiques qui seront constatés. Elle permettra aussi de clarifier les mécanismes d'action de la salvinorine A chez l'humain.

Enfin, pour Cheyene (2006), la *Salvia divinorum* peut constituer un atout de taille en psychiatrie, en potentialisant le processus d'auto-exploration engagé lors d'un traitement psychothérapeutique. L'expérience peut fournir de profondes prises de conscience vis-à-vis des pièges du mental, tout particulièrement lorsqu'elle se déroule dans

un cadre approprié avec un accompagnement thérapeutique compétent. Un thérapeute « holistique » expérimenté pourrait employer la *Salvia* avec beaucoup d'efficacité en guidant son patient tout au long de l'expérience et en l'aidant à donner une signification personnelle aux sentiments et aux images qui accompagnent la transe permise par la plante.

En 2009 va enfin être publiée l'encyclopédie tant attendue de l'expert mondial en la matière, Daniel Siebert, qui constituera le traité le plus complet qui puisse être disponible sur la *Salvia divinorum*, sous le titre : *Divine Sage. The Book of Salvia Divinorum.*

Le cadre indispensable d'utilisation

Les expériences sauvages, sans l'aide d'un guide expérimenté, et sans préparation préalable à un choc aussi formidable sont inefficaces, voire dangereuses. On n'aurait pas l'idée de laisser opérer un malade à cœur ouvert par des amateurs, avec des outils de bricolage, sur la place du marché. On ne doit pas davantage éventrer les profondeurs de l'inconscient sans guide ni précautions. Toute expérience avec un psychédélique peut induire des états mentaux aussi bien positifs que négatifs. Des états psychiques anormaux préexistants peuvent être aggravés par les PDL. Même dans un contexte médicalisé, il ne faut donc utiliser ces médicaments qu'avec une vigilance particulière chez des sujets prédisposés à la psychose ou à la tendance suicidaire.

Le contexte d'utilisation est déterminant

Rappelons ici les principaux risques liés à une mauvaise utilisation des PDL[238] : 1) des réactions de panique

provoquant des comportements dangereux pendant la durée d'action de la substance ; 2) la précipitation ou l'exacerbation de troubles psychiatriques durables ; 3) des troubles de la perception au long cours ; 4) le développement d'un mode de consommation dangereux et stérile.

Je tiens à insister sur le danger lié à la consommation solitaire de psychédéliques achetés au marché noir : le manque de fiabilité du produit consommé (quantité et type de substances actives imprévisibles), l'absence d'un système de soutien et le cadre illégal de telles auto-expérimentations conduisent à des réactions de panique ou de paranoïa. En cas de problèmes, ce n'est pas le PDL que l'on doit considérer comme dangereux, mais ses conditions d'utilisation.

Deux films récents du cinéaste Jan Kounen illustrent à merveille l'importance du contexte. Le bon cadre, chamanique ici en l'occurrence, se retrouve dans *Blueberry*. Le mauvais cadre est figuré au travers du cas d'Octave dans *99 F.* Un passage de ce dernier film illustre un « bad trip » de manière magistrale : Octave y consomme une substance inconnue de lui et illicite, mélangée à de l'alcool et à de la cocaïne, alors qu'il est fragilisé par une séparation mal digérée. Il prend bien entendu cette substance sans préparation ni intention, au volant d'une voiture. Des policiers sont dans les parages ; le reste se passe de commentaires…

L'expérimentation non médicale : les dangers de la non-information

Les individus impliqués dans l'expérimentation non médicale des PDL appartiennent à diverses catégories et ont des motivations variées. Certains d'entre eux sont des gens immatures et irresponsables : ils manquent d'informations sérieuses sur la nature et les effets des PDL et les prennent pour s'amuser ou se rebeller. D'autres sont des hédonistes à la

recherche de plaisirs et d'expériences esthétiques agréables. Certains couples utilisent ensemble un PDL pour améliorer la qualité de leur relation, régler un problème émotionnel, ouvrir de nouveaux canaux de communication et explorer différentes dimensions de leurs échanges sexuels. Il existe aussi un groupe important de personnes responsables et de haut niveau intellectuel qui voient les séances psychédéliques comme une occasion unique de découverte philosophique et spirituelle, comparable à la voie offerte par les traditions du Vajrayana tibétain, du bouddhisme zen, du taoïsme, du soufisme ou des différentes écoles de yoga[239].

Les motivations à la base de la consommation des PDL sont un reflet des besoins les plus fondamentaux de l'être humain : envie de bien-être émotionnel, d'accomplissement spirituel et nécessité de donner un sens à sa vie. Cependant, quelles que soient les motivations et les intentions des consommateurs, une séance de PDL devrait être conduite dans une situation de sécurité et dans le contexte d'une relation de confiance avec un accompagnant expérimenté et responsable. Si de tels prérequis ne sont pas satisfaits, les dangers peuvent devenir supérieurs aux bénéfices potentiels.

Le cadre d'utilisation des psychédéliques dans la médecine moderne

En étudiant le compte rendu de 5 000 séances de LSD, Stanislav Grof (2008) explique qu'il n'a pas repéré un seul phénomène qui soit constant et présent dans toutes les séances. Le contenu et les processus sont différents d'un individu à l'autre et, chez un même individu, d'une séance à l'autre. Il existe donc une très grande variabilité de l'effet du PDL qui tient à l'importance majeure des facteurs extra-

pharmacologiques, indépendants de l'effet biologique. Ces facteurs sont la personnalité du sujet, son état émotionnel et sa situation de vie, la personnalité du guide ou du thérapeute, la nature de la relation entre le sujet et le guide, et un ensemble complexe de facteurs habituellement rangés sous les termes de cadre interne (*set*) et de cadre externe (*setting*)[240].

Le cadre interne inclut les attentes, les motivations et les intentions du sujet vis-à-vis de la séance ; la conception du thérapeute quant à la nature de l'expérience psychédélique ; l'objectif contractuel, négocié entre patient et thérapeute, sur lequel se base la procédure psychédélique ; la préparation et la programmation de la séance ; et la technique spécifique de guidance utilisée pendant l'expérience. Le cadre externe se réfère à l'environnement réel, à la fois physique et interpersonnel, et aux circonstances concrètes dans lesquelles la substance est administrée.

Nous nous limiterons au cadre convenant à la prise individuelle de PDL : la prise en groupe pose des problèmes plus complexes et correspond moins aux conditions pratiques d'utilisation des PDL dans le modèle médical moderne.

Quatre phases se succèdent lors d'une psychothérapie psychédélique **:** la sélection du participant, la préparation, la séance avec la substance et l'intégration des prises de conscience.

Certains principes communs importants s'appliquent à toute méthode utilisant les états modifiés de conscience, qu'ils soient induits ou non par des substances. Notamment, une attention rigoureuse doit être tout spécialement portée envers ces quatre facteurs :

– la sécurité du patient,

– la préparation du thérapeute et du patient, suivie de l'ambiance émotionnelle et de l'état d'esprit qui en résulte,

– l'environnement physique,

– l'intégration de l'expérience dans les jours et les mois qui suivent.

Voici un tableau récapitulatif des principales indications des médicaments psychédéliques.

Pathologies	**Substances psychédéliques utiles**
Dépression	MDMA Kétamine LSD (*) *Salvia divinorum* (*)
Alcoolisme	Kétamine LSD
Toxicomanies (héroïne, cocaïne, amphétamines)	Ibogaïne Ayahuasca LSD Kétamine
Syndrome de stress posttraumatique (PTSD)	MDMA
Trouble obsessionnel compulsif (TOC)	Psilocybine LSD (*) MDMA (*)
Douleurs chez les patients cancéreux Algies neurovasculaires de la face Autres…	LSD Psilocybine Kétamine MDMA
Maladie grave en phase terminale (avec anxiété et dépression)	Kétamine (*) LSD Psilocybine MDMA
Phobie simple	MDMA (*)
Phobie sociale	MDMA (*)
Problème de couple (conjugopathie)	MDMA

(*) = Indications à confirmer.

Chapitre IV

ET POURQUOI NE PAS ALLER PLUS LOIN ? SPIRITUALITÉ ET ENTHÉOGÈNES

> « Pour un magicien, il n'existe que trois sortes de gens : ceux qui n'ont pas encore expérimenté l'être pur, ceux qui en ont eu un avant-goût et ceux qui l'ont exploré à fond. Tu as goûté et tu veux maintenant explorer. »
>
> Deepak CHOPRA, *La Voie du magicien*

> « Dire que la prise d'un PDL est interdite sauf dans le cadre d'une pratique religieuse, c'est comme dire que la culture de la tomate est interdite, sauf dans un but de consommation alimentaire. »
>
> Jim DEKORNE, *Psychedelic Shamanism*

Le développement spirituel constitue une autre utilisation majeure des psychédéliques. Dans ce cadre, on peut utiliser plus justement le terme d'enthéogène, dont l'étymologie grecque (*theos* signifie « dieu ») est « qui fait naître le divin à l'intérieur de soi ».

Spiritualité et psychiatrie

C'est aux hautes doses (dites « psychédéliques » par opposition à « psycholytiques ») que se manifestent le plus

les expériences mystiques ou transpersonnelles. Si je m'y intéresse en tant que médecin psychiatre, c'est avant tout pour leur potentiel thérapeutique, et je n'ai aucunement l'intention de vous convertir à quoi que ce soit. Car, par l'expérience spirituelle, les psychédéliques permettent de réunifier la personne et de lui donner plus de clarté mentale, de force intérieure, pour ensuite l'amener à mieux définir ses propres valeurs et ses priorités dans la vie.

Tout le monde sait que le bonheur ne se trouve pas en cherchant à l'extérieur, en accumulant des biens, du pouvoir ou de la renommée, mais bien par une démarche d'enrichissement intérieur conduisant finalement souvent à la spiritualité : les PDL, parmi d'autres méthodes, en sont l'un des chemins. La guérison de certaines pathologies, notamment les toxicomanies et l'alcoolisme, semble très liée à la survenue d'expériences spirituelles grâce aux PDL[1]. De même, comme on l'a vu pages 166 et 168, si les PDL influencent positivement la rencontre des personnes en fin de vie avec la mort, cela provient de leur effet enthéogène[2].

On ne peut plus se contenter de médicaments visant juste à rendre l'homme fonctionnel, pour qu'il puisse faire à nouveau comme avant ou comme les autres. Des médicaments nouveaux sont nécessaires, des médicaments de l'âme qui remettent l'homme en communication avec sa partie spirituelle et le relient à nouveau à l'ensemble des formes de vie.

Le scientifique et chimiste mondialement renommé Albert Hofmann, quelques mois avant sa mort, écrivait[3] :

> « L'éloignement de la nature et la perte du sentiment de faire partie de la création vivante sont la plus grande tragédie de notre ère matérialiste. C'est la raison à la base de la dévastation écologique et du changement climatique. J'attribue donc la plus haute importance à un changement de nos consciences.

> Je considère les psychédéliques comme un catalyseur potentiel. Ce sont des outils qui guident notre attention vers des domaines plus profonds de notre condition humaine, afin que nous devenions plus conscients de notre essence spirituelle. Des expériences psychédéliques réalisées dans des cadres sécurisés peuvent aider notre conscience à s'ouvrir à cette sensation de connexion et à ne faire qu'un avec la nature. »

Dans un autre ouvrage[4] , Hofmann disait aussi :

> « On a l'impression d'être plongé dans la totalité de l'être, de s'identifier au tout. Et il y a une profonde différence entre l'expérience émotionnelle de cette identité et sa pure description abstraite, philosophique. Ce serait comme de vouloir illustrer les couleurs pour un aveugle : les mots seuls ne permettront jamais de voir ce qu'elles sont. »

La spiritualité n'est pas la religion. L'expérience psychédélique d'un état mystique ne passe pas par l'adhésion ou par l'obéissance à une institution religieuse qui proposerait des connaissances élaborées à partir d'expériences faites par d'autres il y a bien longtemps. Cette forme de spiritualité n'implique pas une divinité personnifiée, un panthéon de saints intermédiaires, la fréquentation régulière d'une église, et un service divin formalisé. Elle est beaucoup plus proche de ce qu'Albert Einstein appelait la « religion cosmique ». La spiritualité, c'est reconnaître la force créatrice qui est en chacun de nous et la possibilité de dialoguer directement, sans intermédiaire humain, avec l'esprit et le divin.

Certes, pour se rapprocher de la spiritualité, il y a d'autres chemins, moins escarpés, comme la méditation, la dévotion, la philosophie, le yoga, etc. Cependant, les substances psychédéliques proposent une voie plus rapide et plus régulièrement efficace pour éveiller la conscience. Légalisées, et prises dans des conditions adéquates, elles

pourraient permettre au plus grand nombre d'accéder à la spiritualité. Ce serait une sorte de premier pas dans la spiritualité, une motivation pour aller plus loin et pour s'engager dans une pratique spirituelle sans substances.

Toutefois, l'utilisation des PDL dans une visée spirituelle n'est pas accessible à tous. En tout cas pas dans notre société, où aucun accompagnement compétent n'est disponible et où aucun rite d'initiation ou de passage ne saurait venir donner sens à l'expérience pour l'intégrer. Une maturité minimale y est nécessaire pour ne pas tomber dans des problèmes de « santé mentale ».

Les états mystiques atteints grâce aux enthéogènes sont tellement similaires à ceux atteints par des méthodes traditionnelles (comme la méditation) qu'il est impossible de les différentier. Aujourd'hui, il existe de nombreux travaux donnant à penser que les grands mystiques fondateurs de la plupart des religions étaient sous l'influence de plantes ou de champignons psychédéliques lors de leur illumination initiale.

Les expériences mystiques et spirituelles avec psychédéliques

Comment sont-elles vécues ?

Les PDL consisteraient, selon certains, en une recherche de paradis artificiels. Est-ce vraiment un paradis ? Ce peut être l'inverse, car, souvent, dans un premier temps, l'accès à des vécus infernaux est la voie de passage obligatoire pour goûter à des expériences plus extatiques : sous l'effet des PDL, on peut avoir le sentiment de descendre dans les enfers, dans l'obscurité, pour ensuite remonter à la

lumière du jour et se renouveler[5] . Est-ce artificiel ? Toutes les expériences publiées montrent que les PDL permettent justement de découvrir que c'est la réalité ordinaire (avec ses œillères et ses conditionnements) qui est, sinon souvent artificielle, en tout cas presque toujours superficielle. Les expériences psychédéliques ont maintes fois des retombées bien réelles comme une compréhension plus profonde de la nature de la réalité, de soi, de l'univers, d'où une réorientation possible des façons d'agir.

Comme le dit Metzner (2006) en parlant de l'ayahuasca, il est extrêmement paradoxal que des Occidentaux aillent chercher une plante de la jungle au goût horrible, située dans un environnement et une culture éloignés, provoquant d'intenses effets de purge et des visions parfois terrifiantes. Cependant, l'immense majorité des gens qui s'y essaient trouvent en elle une profonde réalisation spirituelle ainsi qu'une source de guérison.

Les préoccupations spirituelles qui émergent lors de l'expérience psychédélique ont à voir avec : l'énigme du temps et de l'espace ; les origines de la matière, de la vie et de la conscience ; les dimensions de l'univers et de l'existence ; la signification de la vie humaine ; et le but ultime sous-tendant le processus de création du monde phénoménal.

Si l'expérience psychédélique est réalisée dans un cadre sacré traditionnel, elle est en général congruente avec les enseignements de branches mystiques de cette religion plutôt qu'avec son courant orthodoxe. Elle est par exemple plus proche de la Kabbale que du judaïsme de l'Ancien Testament, ou plus proche du soufisme que de la foi musulmane.

Mais l'expérience psychédélique fait souvent émerger des éléments qui sont totalement étrangers à la tradition religieuse de l'individu. Ainsi, un bouddhiste peut vivre une identification avec le Christ crucifié et sortir de la séance psychédélique avec une nouvelle compréhension du

christianisme ; ou bien un chrétien peut y découvrir et apprécier le soufisme. Nombreux sont les autres cas de figure, mais ce qui est remarquable, c'est que le sujet intégrera habituellement cette expérience « étrangère » comme appropriée et pleinement compatible avec sa personnalité[6].

Les sujets peuvent aussi vivre des expériences de mort puis de renaissance (symboliques, bien sûr). Elles semblent importantes pour le changement thérapeutique et spirituel.

Le Dr Jacques Mabit (2007) présente ainsi les trois formes de mort initiatique durant les séances d'ayahuasca : une impression de mourir, une impression d'être en train de devenir fou ou une impression d'être avalé par un serpent. Ces expériences sont suivies d'un changement notable du comportement dans la majorité des cas. Bien que la dernière forme décrite (le serpent) le soit fréquemment dans le monde indigène, elle est aussi vécue par des patients ne faisant pas partie de la culture amazonienne et qui ignorent ces descriptions. Anne Denys observe que, pour les patients dont le traitement n'a pas été suivi de réussite,

> « le fait qu'ils n'ont pas pu ressentir la libération d'une forte charge émotionnelle et une mort initiatique apparaît produire un manque d'intégration des enseignements de la plante… l'absence d'une relation au sacré apparaît être un déterminant possible du comportement toxicomaniaque. En d'autres termes, l'expérience, dans un cadre protégé et sûr d'une mort fictive (je dirais symbolique), car à aucun moment les fonctions vitales ne sont en danger, permet à l'individu de transformer leur mode de représentation (de la vie) ».

Selon Ravalec (2006), les Africains racontent qu'au moment de l'initiation avec l'iboga on entreprend un voyage vers le monde des esprits, identique à celui de la mort. On a rapproché cette expérience des *Near Death Experiences* (NDE). L'initiation au Bwiti (religion de l'iboga) est un

voyage de la naissance vers la mort puis vers la renaissance d'un être nouveau, sur la voie de la clairvoyance et de la connaissance des mystères du monde.

Le Dr Jansen (2004) est bien connu pour ses travaux rapprochant les expériences faites sous kétamine avec celles de NDE. Pour cet auteur, des changements positifs peuvent survenir après une séance de kétamine, surtout si elle se déroule au sein d'une alliance thérapeutique et dans un cadre approprié. Il propose alors le terme de « psychothérapie de mort-renaissance [7] ».

Calabrese (2007) a décrit les cérémonies du peyotl (cactus à mescaline) comme s'organisant autour de la structure symbolique du processus mort-renaissance, avec la médiation de l'esprit du peyotl présent lors de la cérémonie.

Plus proche de nous, Grof (2008) fait de cette expérience de mort-renaissance un équivalent de la matrice périnatale du stade IV, vécue lors d'une séance psychédélique, stade où le nouveau-né sort enfin du corps de sa mère après une terrible épreuve pendant laquelle il a vécu un sentiment d'annihilation totale et suite à laquelle il connaît finalement la libération.

Les expériences de mort symbolique correspondent souvent à la mort d'une attitude qui a besoin d'être changée[8].

Mais, en fait, la plus fondamentale des expériences spirituelles avec les PDL est la rencontre avec le divin. Benny Shanon (2002) a récolté les témoignages suivants dans son étude sur l'ayahuasca, les sujets tentant de rendre compte de ce qui est habituellement du domaine de l'ineffable. Ainsi : « une présence qui est pleine », « la base de tout ce qui existe », « la source de toute vie », « la fontaine de toute sagesse », « la perfection ultime » et « le bonheur sublime ». Shanon a observé que de nombreux sujets, après avoir consommé de l'ayahuasca, ont connu une conversion religieuse ou spirituelle radicale.

Les multiples divinités qui peuvent se rencontrer au cours de l'expérience psychédélique ne sont pas vécues par les sujets comme étant les forces ultimes de l'univers, mais plutôt comme les manifestations d'un principe créateur qui est transcendant et au-delà de la forme.

Une expérience spirituelle à tous les coups ?

La plupart des personnes ayant consommé des PDL déclarent avoir bénéficié éthiquement et spirituellement des expériences mystiques induites par ces substances. Ces moyens de transcender l'ego peuvent diminuer les motivations égocentriques, comme les désirs compulsifs de propriété, de consommation, de richesse, de pouvoir et de renommée ; il s'effectue une transformation personnelle concernant la responsabilité sociale, la prise de conscience écologique et l'éveil spirituel[9].

Pour Smith (2000), un quart à un tiers de la population générale peut connaître des expériences religieuses si elle consomme certains PDL dans des conditions naturelles, c'est-à-dire des conditions où l'accompagnant soutient le sujet mais n'interfère pas avec la direction prise par l'expérience. Smith va plus loin en pointant que, si l'on prend des sujets ayant antérieurement une forte affinité avec la religion, le pourcentage de chance de vivre une expérience spirituelle grâce à un PDL passe à 75 %.

La révélation spirituelle
à la portée de (presque) tout le monde

Avec une préparation minimale et le respect de certaines règles, vous avez une chance raisonnable de vivre l'une des expériences les plus importantes de votre existence qui renouvellera le sens que vous lui donnez. Et cela dans des conditions

de sécurité tout à fait acceptables. Cela vous paraît peut-être incroyable, mais c'est un médecin psychiatre, qui pèse ses mots et prend ses responsabilités, qui vous le dit.
Par une ou quelques séances de thérapie psychédélique, voilà ce que vous pouvez vivre, comprendre et intégrer profondément :
– Toutes les existences sont reliées, il y a une seule Vie (certains l'appellent « Dieu ») qui se déploie à l'infini.
– La trame de l'univers est faite d'Amour et de Conscience, et vous aussi êtes fait ainsi.
– Au départ, tout est Un, et vous n'avez jamais perdu vos liens avec l'origine.
– Vous êtes bien plus grand que vous ne le pensiez, et votre conscience s'étale dans le temps (vies antérieures et futures) et dans l'espace (autres mondes, interconnexion avec tout l'univers) ; votre conscience est immortelle et éternelle.
– Avec votre intention et votre conscience, vous pouvez influencer le monde matériel visible, mais aussi modifier le passé ou le futur ; vous êtes le « Créateur » de votre vie.

Voici l'une des rares citations où Ken Wilber fait référence aux psychédéliques : « Si l'on regarde les données de Stanislav Grof ou celles des gens qui font une série de sessions psychédéliques intenses dans le bon endroit et dans le bon état d'esprit, ce que l'on trouve, c'est que certaines, et non pas toutes, mais certaines personnes vont avoir l'expérience de l'état causal pur, un One Taste, une véritable expérience de l'état de samadhi, et c'est ce qui fait que cela en vaut la peine. »

Certaines recherches nous permettent d'avoir une idée plus précise de la fréquence et de la qualité d'occurrence des états mystiques lors de la consommation d'hallucinogènes. La recherche classique de Masters et Houston (1966), portant sur 202 sujets, montre que 96 % ont fait l'expérience d'une imagerie religieuse ; 3 % faisaient état d'une

expérience mystique complète ; 40 % ont eu moins peur de la mort ; 60 % voyaient grandir leur foi en Dieu – ou en la vie, s'ils étaient athées. Ces résultats étaient corrélés à la dose de substance consommée et au cadre : la présence de musiques ou d'iconographies religieuses augmentait la probabilité de survenue d'une expérience mystique.

Des champignons à psilocybine le Vendredi saint

En 1962, Pahnke a réalisé une étude en administrant 30 mg de psilocybine à 10 volontaires tirés au sort parmi 20 sujets. Les 10 autres servaient de sujets-contrôles et reçurent un placebo actif, c'est-à-dire une substance non psychédélique, mais créant des sensations physiques pouvant leur faire croire qu'ils avaient reçu la psilocybine. Tous étaient étudiants en théologie. Ils assistèrent en même temps à un office de trois heures lors du Vendredi saint. Pahnke mit en évidence des changements positifs dans les attitudes ou les comportements religieux et mystiques, beaucoup plus importants pour le groupe ayant reçu la psilocybine. Il soumit aux participants, juste après l'expérience et six mois plus tard, son questionnaire décrivant 9 catégories de conscience mystique. Voici les gains en termes de développement spirituel. Changement d'attitude ou de comportement dans l'un au moins des domaines suivants :
– Envers soi : plus grande intégration de la personnalité ; sentiment renouvelé de valeur personnelle ; assouplissement des mécanismes de défense de l'ego ; plus grande acceptation de soi ; plus de confiance dans sa créativité personnelle ; plus d'optimisme ;
– Envers les autres : plus de sensibilité ; plus de tolérance ; plus d'amour et de compassion ;
– Envers la vie : changement des valeurs, du sens de la vie et de ses objectifs ; plus d'engagement dans son travail ; perte de la peur de la mort ; plus de conscience de l'ensemble de la création ;

– Envers l'expérience mystique elle-même : perception que l'expérience a une valeur et que quelque chose d'utile a été appris. Si l'expérience est positive, elle est habituellement considérée comme un point de référence dans la vie de la personne, et celle-ci peut tenter de la répéter. Au mieux, on réalise que l'expérience n'est pas une fin en elle-même ni un moyen pour atteindre une fin, mais un équilibre entre les deux.

Doblin (1990) a réalisé un suivi au long terme de cette étude, entre 24 et 27 ans après. Il a pu réinterroger 7 des 10 sujets ayant pris la psilocybine et 9 sur 10 du groupe de contrôle. Les 7 participants ayant ingéré la psilocybine (aucun des 9 contrôles) considéraient encore que leur expérience initiale avait réellement contenu des éléments mystiques, et contribué de manière unique et valable à leur vie spirituelle. Les changements positifs décrits au sixième mois, qui, dans certains cas, comprenaient des choix fondamentaux d'orientation de vie et des compréhensions spirituelles profondes, avaient persisté dans le temps et s'étaient même accentués dans certains cas. Cette étude invalide donc l'assertion erronée selon laquelle les expériences spirituelles catalysées par les PDL seraient inférieures aux expériences mystiques sans substances, à la fois dans leur effet immédiat et dans leurs effets au long terme.

Enfin, une étude plus récente[10], menée par Griffiths et les chercheurs de l'Université Johns Hopkins (Maryland), est venue confirmer les données de Pahnke. Cette étude a beaucoup impressionné les chercheurs et le public du fait de la solidité de sa méthodologie scientifique. Griffiths a amélioré la méthodologie de l'étude de Pahnke, ainsi que le cadre thérapeutique. Les deux études étaient en double aveugle, contrôlées, avec un placebo actif, mais l'« aveugle » était facilement rompu durant la séance psychédélique elle-même chez les participants de l'étude de Pahnke. Une autre limitation était liée au fait qu'elle

était conduite dans un cadre groupal. L'étude de Griffiths utilisa de meilleures procédures de comparaisons de contrôle et de prise en aveugle. Elle appliqua aussi des échelles de mesure de l'expérience mystique qui étaient validées empiriquement et mesura les effets dans un cadre individuel, les participants n'étant donc pas influencés par des interactions groupales. Au-delà de la réplication réussie de l'étude de Pahnke (ses résultats ont même été meilleurs), une conclusion importante de l'étude de Griffiths est qu'avec une sélection et une préparation sérieuse des volontaires, et quand les séances sont conduites dans un cadre confortable et bien supervisé, une haute dose de psilocybine peut être administrée en toute sécurité. Donnons quelques détails sur cette étude.

36 sujets reçurent, à deux mois d'intervalle, une fois une dose de 30 mg de psilocybine et une autre fois une dose de placebo actif, la ritaline, dans un ordre aléatoire et en double aveugle. 22 des 36 volontaires (soit 61 %) connurent une expérience mystique intégrale après avoir pris la psilocybine, pour seulement 4 qui firent état de ce type d'expérience avec la ritaline.

Quasiment deux tiers des participants, tous en bonne santé physique et mentale, d'un niveau élevé d'études et avec une vie spirituelle active, ont donc fait part d'une expérience totalement mystique après avoir consommé de la psilocybine. « Ces résultats sont vraiment remarquables, juge le Dr Griffiths. Rarement en recherche psychologique peut-on observer des effets positifs aussi durables à la suite d'une seule expérience de laboratoire. » Plus d'un tiers des volontaires dirent que leur rencontre avec la psilocybine avait été l'expérience spirituelle la plus importante de toute leur vie. Deux mois après, les volontaires dirent également que cette expérience possédait encore une signification personnelle importante et un sens spirituel profond, et lui attribuèrent des changements positifs durables dans leurs

attitudes et comportements, de manière cohérente avec des changements évalués par des observateurs extérieurs.

Lors du suivi à 14 mois, publié en 2008, Griffiths a observé que la plupart des 36 volontaires ont fait part d'effets bénéfiques ayant duré plus d'un an. « La vaste majorité de ces volontaires ont continué à caractériser leur expérience comme la plus ou l'une des cinq plus constructives personnellement et aussi des plus significatives spirituellement de leur vie », explique-t-il dans cette communication parue dans le *Journal of Psychopharmacology*. Pour toutes ces raisons, « nous voulons poursuivre cette recherche », relève le Dr Griffiths, précisant n'avoir observé aucun signe clinique d'effets nocifs de la psilocybine sur les participants à l'étude. Toutefois, l'équipe de recherche met en garde contre le fait que, si cet hallucinogène est utilisé dans un contexte de moindre supervision médicale, il existe alors une possibilité de déclencher une peur ou une anxiété pouvant provoquer des comportements risqués.

La survenue d'expériences mystiques n'est pas qu'une question de (haute) dose de PDL[11]. Une expérience religieuse a plus de chance de survenir au cours du temps, soit au décours d'une seule séance (en thérapie psychédélique), soit lorsque l'expérience des PDL s'accroît avec le temps (au cours d'une psychothérapie psycholytique), soit tout simplement lorsque l'expérience de la vie et la maturité du sujet grandissent. Au départ, les sujets ont plus tendance à vivre l'aspect sensoriel et physique, puis, avec le temps, la dose, l'expérience, etc., à aller en direction de l'extase. Ce déroulement semble comparable à celui des étapes décrites en psychologie développementale, avec une perte progressive de l'égocentrisme, et se rapproche aussi de la progression décrite dans le yoga vis-à-vis des sept chakras (centres d'énergie), qui part de préoccupations physiques personnelles, puis passe par la compassion pour les autres pour finir par l'unité spirituelle avec l'Univers.

Grof (1994) a montré que certaines problématiques psychologiques, telles que la peur de perdre le contrôle, peuvent empêcher l'émergence d'expériences transpersonnelles. Le besoin de garder le contrôle va par exemple faire obstacle à l'expérience d'interconnexion avec une réalité spirituelle plus large. Quand l'individu fait alors un travail psychothérapeutique personnel et finit par résoudre ce genre de problématique psychologique, il devient plus disposé à l'exploration spirituelle.

Quelle différence avec les expériences mystiques spontanées ?

Il n'existe pas de différences apparentes entre une expérience spirituelle spontanée et une expérience induite par les PDL. La thèse de doctorat de Pahnke (1963) montrait que les expériences religieuses et mystiques induites par la psilocybine ne pouvaient pas être distinguées, selon des critères objectifs, de celles survenant spontanément. D'ailleurs, Huston Smith[12] a établi que, *phénoménologiquement*, c'est-à-dire à un niveau descriptif, il n'existe pas de traits distinctifs nets entre les expériences mystiques chimiquement induites et celles sans substances. Dans son expérience avec des étudiants en théologie de l'Université de Princeton, il distribua deux témoignages écrits d'expériences mystiques, l'un rapporté par l'un des plus grands mystiques qu'ait connu l'Histoire, et l'autre par l'un des sujets de l'expérience faite par Leary à l'Université de Harvard avec la psilocybine. Il demanda alors à ses étudiants de prédire à qui appartenait chaque témoignage. Un peu plus de la moitié des étudiants commirent une erreur d'attribution.

Shanon (2002), dans son analyse de 67 séances d'ayahuasca, montre que toutes les caractéristiques classiques de

l'expérience mystique définie par Stace (1961) pouvaient être présentes avec cette substance.

De nombreuses polémiques sur l'authenticité, la validité et la signification des expériences spirituelles et religieuses induites par les PDL ont vu le jour. Trois points de vue extrêmes se sont vite dégagés. Certains expérimentateurs ont vu, dans la possibilité d'induire des expériences religieuses par des moyens chimiques, une opportunité pour transférer les phénomènes religieux du domaine du sacré vers le monde du laboratoire, et donc de les expliquer finalement en termes scientifiques. La spiritualité pourrait être réduite à la physiologie et à la biochimie cérébrale. Cependant, d'autres chercheurs ont adopté une attitude très différente. Selon eux, les phénomènes mystiques induits par les PDL sont authentiques, et ces substances doivent être considérées comme des sacrements parce qu'elles sont des médiateurs de l'accès aux réalités transcendantales. Enfin, une troisième approche consiste à considérer les expériences psychédéliques comme des phénomènes quasi religieux, qui ne font que simuler ou ressembler superficiellement à la spiritualité authentique qui doit venir comme une grâce de Dieu ou comme résultat d'une discipline, d'une dévotion et d'une pratique austère. Selon ce point de vue, la facilité apparente avec laquelle ces expériences peuvent être provoquées par les PDL discrédite entièrement leur valeur spirituelle.

Savoir si les expériences spirituelles chimiquement induites sont authentiques ou non revient aux théologiens et maîtres spirituels. Malheureusement, les représentants des diverses religions, ou à l'intérieur d'une même religion, ont exprimé des opinions totalement divergentes à ce sujet. Après 40 ans de discussions passionnées, la question de savoir si les PDL peuvent induire de véritables expériences spirituelles reste ouverte[13]. Pour William James (1902)[14], l'un des psychologues et philosophes les plus importants du

tournant du siècle dernier, la manière dont on obtient une expérience mystique est sans importance : ce qui compte est la façon dont cette expérience affecte notre vie.

En tout cas, qu'elles constituent d'authentiques révélations mystiques ou justes des simulations très convaincantes de celles-ci, les expériences spirituelles induites par les PDL représentent certainement des phénomènes de grand intérêt pour les théologiens, ministres du culte et étudiants des religions. En quelques heures, les individus acquièrent une compréhension profonde de la nature de la religion, et, dans de nombreux cas, leurs connaissances purement théoriques et leurs croyances formelles sont vitalisées par une expérience personnelle profonde des réalités transcendantales.

Pour plus de réflexion sur ce sujet, le lecteur peut se rapporter aux ouvrages de Masters et Houston (1966) et de Wainwright (1981), ainsi qu'à l'article de Smith & Tart (1998), qui traitent spécifiquement des expériences mystiques et religieuses chimiquement induites.

Et, enfin, n'oublions surtout pas que, dans le domaine spirituel, les PDL prennent tout leur sens et toute leur efficacité lorsqu'ils sont intégrés dans un rituel : celui-ci fournit protection, guidance, soin, et inspire le respect[15]. Les éléments du rituel sont en eux-mêmes sources et garants d'une expérience spirituelle authentique, la substance psychédélique ne faisant qu'en faciliter l'avènement.

Les psychédéliques à l'origine des religions ?

Les spécialistes de l'histoire des religions ont émis l'hypothèse que les chasseurs-cueilleurs de la préhistoire avaient ingéré accidentellement des plantes psychédéliques et qu'ils avaient ainsi connu leur première expérience spirituelle[16]. De la même façon, contestant le dogme religieux

du message divin, Weston La Barre (1972, 2000), anthropologue et spécialiste des religions, propose de chercher dans la très antique relation des hommes aux plantes psychédéliques l'origine de la spiritualité. Pour La Barre, c'est par leur capacité à stimuler des expériences visionnaires et surnaturelles que ces plantes donnent naissance aux religions. Dans ce terreau, le chamanisme a donné aux religions leur matrice. McKenna (1992) a bien documenté la façon dont l'usage préhistorique mondialement répandu des champignons hallucinogènes a joué un rôle important dans l'évolution de la conscience humaine, produisant un sentiment de connexion et d'équilibre avec la nature, ainsi qu'une expérience de contact avec un « Autre » transcendant.

Allant plus loin, des érudits ont cru pouvoir établir que les grands mystiques à l'origine de la plupart des religions (monothéistes ou polythéistes) ont dû leur inspiration à la consommation de psychédéliques. Le premier à faire cette proposition fut Wasson (1968), décrivant l'utilisation du *Soma* dans l'ancienne culture védique. Ensuite, Flattery et Schwartz (1989) ont étendu cette constatation au *Haoma* dans la religion de Zoroastre. En outre, Wasson et d'autres savants (1978, 1986) ont mis en avant que le nectar *Kikeion*, servi dans les mystères grecs d'Éleusis, contenait un ingrédient psychoactif très semblable au LSD. Merkur (2000) a aussi suggéré que le *Manna*, une plante consommée par les enfants d'Israël dans le désert, était un enthéogène.

Moïse et les dix Commandements : le buisson-ardent hallucinogène ?

Benny Shanon a défrayé la chronique en établissant le lien entre Moïse, les Tables de la Loi et la consommation d'enthéogènes. Dans un article provocant publié en 2008 par *Time and Mind*, un journal consacré à la philosophie, Shanon avance que la consommation de psychotropes faisait partie intégrante des

rites religieux des Hébreux évoqués par le livre de l'Exode dans la Bible. À sa descente du mont Sinaï, Moïse était sous l'effet de puissants hallucinogènes lorsqu'il a présenté les dix Commandements au peuple juif, estime Benny Shanon (2008). « En ce qui concerne Moïse au mont Sinaï, il s'agissait soit d'un événement cosmique surnaturel auquel je ne crois pas, soit d'une légende à laquelle je ne crois pas non plus, soit enfin – et c'est très probable – d'un événement rassemblant Moïse et le peuple d'Israël sous l'effet de stupéfiants », a affirmé le professeur à la radio publique israélienne. « La Bible écrit à ce sujet que "le peuple voit des sons", et c'est un phénomène très classique, par exemple dans la tradition de l'Amérique latine où l'on "voit de la musique" », a-t-il ajouté. Il a aussi mentionné les exemples du buisson-ardent et de l'arbre de la connaissance au jardin d'Éden, précisant qu'il y a dans les déserts du Sinaï égyptien et du Néguev israélien des herbes et des plantes hallucinogènes toujours utilisées par les Bédouins comme le buisson *Peganum harmala* ou l'acacia. Selon lui, les effets psychédéliques des potions préparées avec l'ayahuasca sont comparables à ceux produits par des breuvages concoctés avec l'écorce de l'acacia. Cet arbre est fréquemment mentionné dans la Bible, et son bois est semblable à celui dans lequel a été taillée l'arche d'alliance.

Les PDL sont à l'origine de l'évolution de la société occidentale, puisque la notion de démocratie elle-même aurait été inventée par les philosophes grecs anciens (dont le célèbre Platon) sous l'influence de ces substances lors des cérémonies des mystères d'Éleusis : telle est la thèse audacieuse et très bien documentée argumentée par le Pr Hillman (2008).

En fait, il semble que deux champignons, le psilocybe et surtout l'amanite tue-mouches, aient joué le plus grand rôle dans l'apparition et dans l'évolution des religions. L'amanite tue-mouches (ATM) se trouve sur tous les continents. Elle

fut utilisée par les Amérindiens en Amérique du Nord et en Amérique centrale. En Europe, elle fut consommée par les Celtes, les anciens Scandinaves et les Grecs. Sumer est la première grande civilisation connue. On lui doit l'invention la plus fabuleuse de l'humanité : l'écriture, qui permit l'entrée dans l'Histoire et la fin de la préhistoire. La civilisation sumérienne s'est développée en Mésopotamie (entre l'Irak et l'Iran) il y a environ 5 000 ans. Les Sumériens consommaient de grandes quantités de champignons, de par leur diversité et leur prolifération. Six cent mille tablettes sumériennes font allusion aux champignons. Ils considéraient que l'amanite tue-mouches contenait la semence de Dieu. Ce champignon fut présent dans tous les cultes de la fécondité du Proche-Orient.

À la suite de Sumer, de nombreux peuples indo-européens ainsi que les Égyptiens s'intéressèrent aussi aux vertus de ce champignon. Le brillant travail du regretté R. G. Wasson a permis d'identifier le *Soma* des Aryens comme étant l'amanite tue-mouches. Le *Soma* désignait à la fois un breuvage et un dieu en Inde qui occupait une place importante dans les cérémonies religieuses. Cent vingt hymnes sacrées sur un peu plus de mille sont consacrées au *Soma* dans le *Rigveda*, le livre sacré des Aryens. La religion hindoue, fortement influencée par le *Rigveda,* reste très imprégnée des traces qu'a pu laisser ce culte.

Enfin, des recherches plus récentes tendent à montrer le rôle qu'a pu jouer l'amanite tue-mouches dans le christianisme. Le pionnier de ces travaux est le courageux J. M. Allegro. En tant que philologue, il fut l'un des premiers à travailler sur la transcription et sur la traduction des manuscrits de Qumrân. Par la suite, il se rendit compte des liens philologiques entre la Bible et l'amanite tue-mouches. Son ouvrage, *Le Champignon sacré et la Croix*, bien qu'en avance sur son temps, fit une grande polémique lors de sa publication dans les années 1970. Pour Allegro, le

christianisme trouve ses origines historiques et culturelles dans la religion des Mages venus de Mésopotamie, qui puisaient eux-mêmes leurs croyances dans un culte de la fertilité lié à la consommation de l'amanite tue-mouches[17]. Selon sa thèse, les textes et les personnages bibliques sont à mettre en relation avec les mythes des anciens cultes de l'Orient inspirés par la consommation d'ATM. Pour preuve, l'étymologie des noms bibliques, dérivés de racines sumériennes inspirées par un culte phallique lié aux champignons psychotropes. Guillaume Blivet (2009) illustre brillamment le rôle central des psilocybes et de l'amanite tue-mouches dans quasiment toutes les civilisations et religions. Il va même jusqu'à montrer l'importance de leur présence dans divers mythes comme le *Graal* ou la *Table d'émeraude*, ou dans des pratiques comme l'alchimie[18], où la *pierre philosophale* serait en fait l'amanite tue-mouches ou bien une combinaison du champignon psilocybe avec l'amanite tue-mouches.

Alors qu'en est-il actuellement du rapport entre les psychédéliques et la religion ? Les PDL resurgissent chaque fois qu'une société a perdu le sens du sacré et qu'une quête de sens de l'existence redevient nécessaire. Selon Grinspoon et Bakalar (1979), le mouvement psychédélique prit de l'ampleur en réaction au conventionnalisme des années 1950. En réponse à la crise existentielle et aux philosophies de l'absurde, il mettait le mysticisme à la portée de tous. Dès 1955, Huxley parlait de « jeunesse d'une nation, bien nourrie et métaphysiquement affamée, en quête de visions sacrées, et utilisant la seule méthode qu'elle connaisse : les drogues[19] ». D'après Leary, fonder sa religion personnelle était devenu, de nos jours, la seule chose importante. Qu'on ne s'y trompe pas, les jeunes d'aujourd'hui, même s'ils semblent se contenter jusqu'à présent des valeurs consuméristes et matérialistes qu'on leur propose, vont probablement, dans un avenir plus ou moins proche, réinventer une

« révolution spirituelle ». La mèneront-ils violemment en consommant des drogues excitantes (alcool, cocaïne), ou pacifiquement, dans une spiritualité encadrée par l'usage ritualisé de psychédéliques enthéogènes ?

En tout cas, Metzner (2006) souligne que de nouvelles religions syncrétiques, d'authentiques religions populaires modernes, se sont développées au XX^e siècle sous l'impulsion des substances psychédéliques : l'Église nord-américaine du peyotl (la NAC), les Églises brésiliennes utilisant l'ayahuasca (dont l'UDV et le Santo Daime) et le culte africain du Bwiti, utilisant l'iboga. Ces Églises peuvent être considérées comme des mouvements de revitalisation religieuse, dont les bases se sont étendues durant les années 1980 et 1990. Vont-elles devenir des religions populaires largement répandues au XXI^e siècle ? Pour ceux qui crient au loup, voyant dans ces Églises de nouvelles sectes, on peut rétorquer que les églises et les religions ont, elles aussi, le droit de changer. Elles ne sont pas pour autant des sectes. Metzner (2006) dit d'ailleurs qu'au cours de ses visites ces différentes Églises ne lui ont pas demandé d'adhérer à une religion particulière ni d'accepter leur idéologie ; il a apprécié les valeurs qu'elles défendaient, leur humanisme et le soutien qu'elles apportent aux familles et à la communauté.

Ces expériences spirituelles, qui peut en profiter, pourquoi les provoquer ?

À qui proposer l'utilisation non médicale des PDL ?

Gardons à l'esprit que, pour l'instant, cette interrogation relève de la science-fiction, étant donné que, selon la loi française actuelle – et nous engageons chacun à la respecter –

il n'est pas envisageable de prendre des PDL, ni pour des indications médicales ni, à plus forte raison, pour des utilisations non médicales.

A priori, on pourrait se dire qu'il serait bien de faire connaître au plus grand nombre de gens possible une expérience spirituelle authentique. En fait, ce n'est pas si simple que cela.

Dans les années 1960, l'enthousiasme de Leary, d'Alpert, et de Huxley les incite à propager l'utilisation des substances psychédéliques parmi l'élite sociale[20]. Huxley affirma que le meilleur moyen d'amener un vaste changement de transformation sociale était d'« offrir cette expérience aux gens talentueux, intelligents, aux riches et à tous ceux qui occupent une position sociale influente[21] ».

Vaughan (2001) parle ainsi de cet espoir de changement collectif par le biais des PDL :

> « Dans les années 1960, nombres d'entre nous croyaient (ou espéraient) que le monde était réellement en train de changer, et que, si tout le monde pouvait avoir une expérience enthéogène, le monde serait transformé. Nous avons vite appris que ce n'était pas le cas, et que tout le monde ne bénéficiait pas de l'utilisation des enthéogènes. Certainement, on pouvait changer la perception du monde, mais à moins que la personne n'ait une maturité psychologique suffisante pour intégrer une telle expérience, cela pouvait s'avérer problématique. »

L'utilisation non médicale des PDL n'est pas concevable pour tous. Les psychédéliques fonctionnent principalement en tant que catalyseurs des mécanismes naturels d'autorégulation et d'autoguérison de l'esprit. Cela implique que les gens ayant les structures mentales internes les plus saines sont mieux à même de profiter de ces substances, hors cadre médical, dans une perspective d'évolution spirituelle.

En même temps, le respect du droit de l'individu à

l'exploration de sa conscience et à sa liberté d'accès à la spiritualité doit nous mettre en garde contre l'établissement de critères de légitimité trop restrictifs ou arbitraires.

Dans tous les cas, le jour où une certaine forme de légalisation apparaîtra, il serait de toute façon indispensable qu'un individu s'assure de ses capacités physiques et psychologiques auprès d'un expert médecin avant d'entreprendre le voyage spirituel psychédélique. La collaboration d'experts chamanes, pour guider ces expériences, devrait être aussi sérieusement envisagée.

La spiritualité a-t-elle un intérêt thérapeutique ?

Dans les sociétés traditionnelles, la guérison physique, la psychothérapie et la réalisation spirituelle vont et surviennent ensemble : seule notre société a séparé ces trois aspects et a créé des métiers spécialisés pour s'occuper de chacun d'eux. La société moderne occidentale redécouvre cette unité au travers de l'usage des psychédéliques.

La recherche descriptive indique que des changements comportementaux positifs majeurs s'associent parfois aux expériences de type mystique survenant spontanément[22]. Des études montrent aussi que les expériences mystiques induites par les PDL ont souvent un impact concret, pragmatique[23]. Allant dans ce sens, les premières études des hallucinogènes classiques dans le traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies[24], et dans la détresse psychologique associée aux cancers en phase terminale[25], suggérèrent que les expériences mystiques (ou transcendantales, ou « au sommet ») jouaient un rôle central dans l'évolution thérapeutique positive. Un manifeste typique du mouvement de thérapie psychédélique des années 1960 présentait les aspects spirituels de la rencontre avec le LSD comme suit : « La perception centrale, apparemment de tous ceux

qui pénètrent profondément dans leur exploration, est que, derrière l'apparente multiplicité des choses... il y a une réalité unique, au nom de laquelle il semble approprié d'utiliser les mots d'infini et d'éternel. » Lorsqu'un patient atteignait cette perception profonde d'éternelle unité, les thérapeutes découvraient que dans neuf cas sur dix ses problèmes disparaissaient[26].

Malheureusement, nombre de ces recherches précoces utilisaient des cadres thérapeutiques parfois inappropriés et/ou manquaient de la rigueur méthodologique que l'on attend des essais cliniques modernes[27]. Mais vous avez pu voir, dans le chapitre III, que la recherche moderne a par la suite confirmé que le fait de vivre une expérience spirituelle sous PDL constituait un puissant facteur thérapeutique dans le cadre de certaines pathologies.

C'est le cas des thérapies psychédéliques avec le LSD, la kétamine, l'ayahuasca ou l'iboga, pour les patients souffrant d'alcoolisme ou de toxicomanies à l'héroïne ou à la cocaïne. C'est le cas aussi des thérapies utilisant la psilocybine ou le LSD, pour lutter contre la douleur, l'anxiété, la dépression ou la peur de la mort, survenant chez des patients atteints de maladies graves en phase avancée. C'est d'ailleurs à mon sens une faute éthique que de priver les individus mourants d'une si belle opportunité de transformation spirituelle au seuil de leur mort.

Dans l'étude de Mabit (2007), chez les sujets prenant l'ayahuasca dans un cadre ritualisé traditionnel pour traiter leur dépendance aux drogues, 12 sur 15 des sujets ont déclaré que la relation au sacré aide le processus psychothérapeutique engagé par ailleurs.

Une expérience extatique de transcendance peut amener un individu à examiner de manière plus précise une de ses difficultés psychologiques et lui permettre de concevoir son problème sous un angle nouveau grâce au recadrage spirituel.

Pour Yensen et Dryer (2007), l'expérience spirituelle induite par les PDL permet de combattre le désespoir qui est à la source des addictions. Pour un sujet toxicomane, le bref aperçu d'un « au-delà » à l'intérieur de lui sert de pierre angulaire, possédant une signification et conférant une motivation pouvant durer toute sa vie. Pour le célèbre psychanalyste Carl Jung, seule une expérience mystique ou religieuse, une vraie conversion, pouvait être assez puissante pour changer l'évolution d'une addiction sévère[28]. Bill Wilson lui-même, le créateur des « Alcooliques anonymes », avec son programme d'orientation spirituelle en douze étapes, fut aidé dans la guérison de son alcoolisme par des séances thérapeutiques de LSD.

Attention cependant à la fuite dans la spiritualité : un individu peut rechercher les expériences spirituelles pour éviter d'examiner et de traiter des problématiques psychologiques personnelles non résolues (et *vice versa*...).

Comment passer d'un état spirituel momentané à un développement spirituel au long cours ?

« État » n'est pas « développement »

Wilber (2007) précise que 75 % des gens peuvent connaître un état mystique, mais seulement 1 % d'entre eux ont un développement spirituel avancé : il est donc important de ne pas compter que sur les états mystiques induits, car la façon dont une expérience passagère va être comprise et intégrée dépendra du niveau de développement spirituel antérieur ! Les PDL n'épargnent pas la nécessité d'un travail spirituel régulier, ils ne provoquent pas une

sagesse instantanée ni ne constituent un raccourci absolu vers la maturité.

Une expérience extatique et positive de Dieu ne conduit pas automatiquement à des changements bénéfiques. Celui ou celle qui l'a vécue doit en comprendre la signification pour qu'il (ou elle) puisse en retirer quelque chose, autrement cela ne restera tout au plus qu'une expérience intéressante. Un participant de l'étude de Marsden et Lukoff (2007) disait :

> « L'important est de transférer ce que j'ai appris (par cette expérience) dans ma vie, dans mes relations intimes, dans ma famille, et c'est comme si je faisais une "quête de vision" pour en retirer le meilleur, mais j'ai alors la responsabilité de le ramener à la maison et de l'appliquer, ou sinon je suis en train de perdre mon temps. »

Pourtant, il arrive des cas où un état mystique chimiquement induit laisse des traces durables et augmente indéniablement le niveau de développement spirituel de l'individu : nous l'avons vu plus haut, avec l'expérience du « Vendredi saint » menée par Pahnke, et surtout avec l'étude de confirmation de Griffiths. Dans cette dernière, c'était justement la montée du score à l'échelle de mysticisme juste après la séance psychédélique qui était la plus corrélée à tous les changements positifs qui survinrent dans la signification de la vie du sujet et dans sa réalisation spirituelle.

La possibilité d'une croissance spirituelle durable après une seule séance psychédélique peut se comprendre si l'on considère la rémanence de l'effet de la substance, bien après son élimination biologique par l'organisme. Il est dit, dans les cultures traditionnelles, que l'esprit de la plante continue à travailler l'individu (c'est particulièrement le cas pour l'iboga et l'ayahuasca). En termes plus modernes, on peut avancer que les substances psychédéliques agissent parfois sur des gènes modifiant l'expression de l'ADN, amenant

ainsi des changements structuraux profonds chez l'individu pouvant se manifester au cours du temps. Ravalec (2006), parlant de l'iboga, dit la chose suivante :

> « De nouvelles interprétations viennent bien après l'effet direct de l'iboga : des semaines, des mois après, le sens des choses vues apparaît progressivement au gré des événements et de la maturation des esprits. Les Ngangas disent que "le Bois travaille" ou plutôt que chacun travaille avec le Bois, à sa façon. »

Le plus souvent, cependant, les PDL jouent plus modestement un rôle d'initiation-incitation à la vie spirituelle, en faisant découvrir aux gens des mondes (intérieurs ou extérieurs) et des possibilités dont ils étaient loin de soupçonner l'existence, et qui les motiveront pour laisser plus de place aux pratiques spirituelles sans substances. Par exemple, Tal Schaller (2006), avant de voyager intérieurement sans produits, décrit toutes les découvertes préalables que ceux-ci lui ont permis de faire :

> « J'ai exploré, grâce à eux, de multiples dimensions, de multiples réalités, des univers parallèles, des mondes plus évolués que le nôtre et des mondes plus jeunes. J'ai plongé dans les abîmes du bas astral et vu les souffrances indicibles, les horreurs et les déchirements d'un monde privé de spiritualité et livré aux monstres des émotions et des formes de pensée négatives. J'ai visité le haut astral et les sphères célestes, entendu le chœur des anges et échangé avec des guides de lumière. J'ai rencontré des parents ayant quitté leur corps physique et poursuivant leur chemin dans les mondes spirituels, j'ai communiqué avec des habitants d'autres planètes de notre galaxie ou d'autres parties de l'univers, j'ai connu des moments sublimes, divins et je suis passé à travers des tunnels infernaux. »

Enraciner l'expérience psychédélique dans une pratique spirituelle quotidienne

Aldous Huxley (1982) parlait de l'expérience psychédélique comme d'une « grâce gratuite », en ce sens qu'elle n'est pas prévisible, méritée ou due à un effort. Cependant, une expérience spirituelle induite en dehors du contexte de la vie propre de l'individu est comme une fleur coupée : belle, mais, sans une fondation construite pour lui fournir de quoi s'enraciner et croître, vouée à faner. Notons que les pratiques spirituelles font partie intégrante de la vie des peuples traditionnels, avant, pendant et après une cérémonie rituelle psychédélique, de telle sorte que leurs expériences sont facilement assimilées.

Il s'agit bien ici des principes de suivi et d'intégration concernant toute séance psychédélique : à savoir l'importance de l'intégration cognitive et émotionnelle des expériences spirituelles et de leur implémentation comportementale, sous formes d'actes quotidiens. C'est probablement la meilleure garantie de ne pas devenir dépendant psychologiquement des révélations spirituelles induites chimiquement. Huxley proposait bien cela, en termes certes plus littéraires, dans sa lettre à Albert Hofmann du 29 février 1962 :

> « J'espère bien que ces recherches, comme d'autres du même genre, déboucheront sur le développement d'une véritable "histoire naturelle" de l'expérience visionnaire (...) ainsi que sur une technique de "mystique appliquée", une technique qui aiderait l'homme à tirer le plus grand bénéfice possible de ses visions de "l'autre monde" dans ce monde (...) c'est bien là ce que nous devons développer : l'art de restituer avec amour et intelligence ce que nous avons reçu lors de la vision, dans l'expérience de l'autotranscendance et de l'"être-un-au-monde". »

Le processus d'intégration est favorisé lorsque l'individu honore, valorise et respecte l'expérience enthéogène. Il doit notamment reconnaître la capacité des PDL à dévoiler des niveaux plus profonds de la réalité, plutôt que de juger que les états modifiés de conscience masquent celle-ci. Alors seulement il se sentira motivé pour faire l'effort de mettre en application les révélations tirées de son expérience dans sa vie quotidienne[29].

Il n'est pas toujours nécessaire d'avoir recours à d'autres pratiques spirituelles en parallèle pour engager un travail réellement profond avec une substance. Il est ainsi possible de nouer une relation personnalisée, intime, évolutive et constructive avec une ou plusieurs substances lors de leur prise répétée au long cours. Les expériences permises par la substance deviennent alors de plus en plus focalisées, centrées autour de la compréhension ou de la qualité que le sujet désire renforcer, modifier ou affiner. De plus, les doses nécessaires deviennent de moins en moins grandes, laissant de plus en plus de place à un travail spécifique, volontaire et actif. La substance offre alors une disposition favorable, une invitation à un travail en état de conscience modifiée. Le PDL est, en effet, un facilitateur à la fois non spécifique, mais il possède aussi une touche personnelle, une signature particulière[30]. Il emmène le sujet dans un autre monde qui lui devient de plus en plus familier. Certains consommateurs ont l'impression que la substance met à leur disposition une sorte de bureau de travail, un laboratoire d'expérimentations psychologiques et spirituelles dans une ou plusieurs autres dimensions.

Jan Kounen[31], parlant de son expérience de l'ayahuasca, en donne une excellente illustration[32] :

> « Au moment où elle se produit, une vision réveille la mémoire de visions que j'avais eues et que je pensais avoir oubliées. L'information réémerge sur ce monde comme ayant

été visité, alors que je l'avais oublié du point de vue de ma conscience ordinaire. Disons que je rentre dans des choses où je me reconnais dans une vision qui a un sens qu'il me semble percevoir clairement, depuis des années, et qui tisse un niveau supérieur de l'expérience. »

Plus loin[33], Kounen poursuit la même ligne de réflexion en ajoutant :

« Quand tu remontes dans l'état, cela rouvre tout ce que tu as appris, tout ce que tu as rencontré, toutes tes mémoires, et d'un coup, tu as accès de nouveau à cette information. Elle n'était pas perdue, mais temporairement fermée. »

Un tel travail se fera encore plus facilement s'il est supervisé par un conseiller spirituel ou encadré par des rituels traditionnels.

Les pratiques spirituelles, avec ou sans substances ?

Il n'est pas nécessaire d'opposer les pratiques spirituelles avec substances à celles sans substances (méditation, yoga, etc.), car elles sont complémentaires et synergiques. Et cela, de trois manières différentes :

• D'une part, les PDL donnent un coup d'accélérateur et permettent d'accéder quasi instantanément à de nouvelles révélations sur la nature du soi et de l'univers. Ils donnent une sorte d'avant-goût de ce à quoi on peut s'attendre si l'on entreprend une démarche spirituelle. S'ensuit bien souvent une réelle motivation à pratiquer des méthodes spirituelles sans substances, pour approcher à nouveau l'état d'union mystique.

• D'autre part, les gens habitués aux EMC sans substance naviguent beaucoup mieux dans l'expérience

psychédélique et savent mieux en tirer profit, en créant plus vite une alliance thérapeutique avec la substance.

• Enfin, après une ou plusieurs expériences psychédéliques, ils ont parfois l'impression de redécouvrir sous un angle différent, avec une nouvelle fraîcheur, leur pratique habituelle.

Pourtant, l'utilisation de telles substances à des fins spirituelles soulève encore aujourd'hui des débats dynamiques. En effet, depuis les années 1960, de nombreuses personnes sont venues au bouddhisme par une expérience transcendantale catalysée par un psychédélique. Dans certains monastères bouddhistes, aux États-Unis, c'est le cas d'un grand nombre de pratiquants qui avaient testé le LSD. Une des recommandations de Bouddha est de ne pas abuser de produits engendrant l'ivresse. Certains croient qu'il ne faut pas prendre de ces produits : ils pensent que l'on devient prisonnier de ce type d'expérience, et que l'*expérience* n'est pas la *non-expérience* recherchée par le bouddhisme et le zen[34]. D'autres croient plutôt qu'il ne faut tout simplement pas en abuser, pour trouver la fameuse « voie du milieu ».

Voici donc quelques pistes intéressantes pour dépasser l'opposition stérile entre pratiques spirituelles avec et sans substances, et illustrer leurs interactions bénéfiques possibles.

Hofmann indiquait déjà la voie en 1979 dans son livre *LSD, mon enfant terrible*[35] :

> « Aussi toutes les voies qui peuvent contribuer à une modification fondamentale de l'expérience de la réalité méritent-elles une étude attentive. En font partie en tout premier lieu les différentes méthodes de méditation (…). Mais il en existe une autre aussi importante, même si elle est controversée aujourd'hui : c'est l'utilisation de substances hallucinogènes (…). Si l'on arrivait à savoir mieux utiliser, dans une pratique médicale en relation avec la méditation, les capacités du

> LSD à provoquer des expériences visionnaires dans certaines conditions, alors, je crois que d'enfant à problèmes, il pourrait devenir enfant prodige. » Hofmann ajoute, plus loin : « L'importance particulière du LSD, je la vois dans la possibilité qu'il offre d'apporter un soutien matériel à toute méditation fondée sur la recherche d'une expérience mystique d'une réalité à la fois plus haute et plus profonde. Cette utilisation correspondrait tout à fait à l'essence et au caractère actif du LSD comme drogue sacrée. »

Quelle belle introduction pour lancer le débat !

La pratique de la méditation bouddhiste constitue un très bon entraînement préparatoire à l'expérience psychédélique. L'habileté la plus importante pour un utilisateur de PDL confirmé est de maintenir son esprit parfaitement stable de manière que son attention puisse être fixée sur un objet choisi, et maintenue jusqu'à ce que l'objet de son attention se révèle à lui dans ses divers aspects et dimensions[36].

Metzner (2004) rapporte que la majorité des participants qu'il a pu observer dans les pratiques néochamaniques avec substances pratiquaient déjà une ou plusieurs méthodes spirituelles, dont le voyage chamanique au tambour, la méditation bouddhiste Vipassana, le yoga tantrique, le rebirth ou la respiration holotropique, et la plupart avaient déjà effectué un travail en psychothérapie ou en thérapie corporelle. Metzner observe aussi que les participants incorporent naturellement les acquis de ces pratiques dans leur travail avec les enthéogènes. Pour ceux-ci, la combinaison des enthéogènes et des pratiques spirituelles sans substance permet d'amplifier la conscience et de clarifier les perceptions, particulièrement au niveau somatique, émotionnel, instinctuel et spirituel, conduisant aussi à une meilleure appréhension des interactions existant entre ces différents niveaux de conscience.

Il est plus prudent de commencer à maîtriser certaines méthodes spirituelles de travail en état modifié de conscience avant de se lancer dans un travail avec enthéogènes. Schaller (2006) utilise une très belle métaphore à cet égard. Il dit qu'utiliser une méthode sans substance, c'est comme voyager en voiture : on s'arrête quand on veut ; mais utiliser des substances ressemble plutôt à un voyage en train (je dirais même en avion) : une fois qu'on est embarqué, on est obligé d'aller jusqu'au bout du voyage. Il vaut donc mieux s'être assuré auparavant de ne pas avoir le mal des transports…

Prendre une forte dose de PDL sans avoir l'habitude de naviguer dans les états modifiés de conscience, c'est comme conduire une F1 sans être pilote, on risque vite la sortie de route ! En revanche, mener une pratique spirituelle régulière sans jamais se donner l'occasion de prendre un PDL, c'est comme devenir pilote de F1 mais ne disposer que d'une voiture familiale : certaines hauteurs d'expérience ne seront peut-être jamais atteintes.

Par ailleurs, le travail avec les enthéogènes peut secondairement enrichir et améliorer la pratique des autres méthodes. Ravalec[37] en donne un très bon exemple, montrant la « fécondation croisée » entre le zen et l'ayahuasca :

> « J'ai fait du zen pendant dix ans, avec vraiment beaucoup d'assiduité, en essayant d'en faire tous les jours. Sur le moment, j'avais beaucoup de mal à comprendre ce que je fabriquais là, je me suis vraiment acharné, et ça a eu deux effets. Le premier, c'est qu'une fois que j'ai pris de l'ayahuasca, j'étais beaucoup plus prêt et plus réceptif. Et ensuite, quand j'ai refait du zen, je me suis dit : "Tiens, là, enfin, je fais du zen. Je n'étais pas sous ayahuasca, mais l'ayahuasca m'avait donné accès à une sensibilité énergétique qui me rendait beaucoup plus sensible au zen. Et, paradoxalement, le zen m'a permis d'intégrer l'ayahuasca. »

Quand il s'agit d'utiliser un PDL pour potentialiser simultanément l'effet d'une autre méthode, les petites doses semblent plus appropriées. Aux hautes doses, le PDL vous emmène un peu là où il veut, alors qu'à plus faibles doses le sujet peut plus facilement diriger l'expérience, pendant qu'il applique une autre méthode conjointement. C'est ainsi que diverses techniques de visualisation guidée, de voyages chamaniques dans les mondes d'en haut ou d'en bas ou d'« imagination active » selon Jung, etc. peuvent voir leurs processus amplifiés, et leur efficacité décuplée[38]. Cependant, certains « psychonautes » expérimentés vous diront que, bien sûr, il est plus facile de diriger l'expérience lors de doses modérées, mais que l'idéal est d'apprendre à se laisser emporter au loin par une forte dose, puis, de là-bas, reprendre la main, et laisser le Moi supérieur opérer. Ceux-ci disent alors ressentir au plus fort leur pouvoir créateur et perçoivent à quel point l'être humain semble bien équipé structurellement pour naviguer dans les multiples mondes où l'énergie, la forme et la conscience s'entremêlent en de constantes créations. L'objectif est cependant de pouvoir travailler avec des doses de moins en moins fortes de la substance au fur et à mesure, tout en sachant en reproduire les effets d'expansion et de clarification de l'esprit par d'autres moyens. C'est en tout cas ce que font les chamanes et la plupart des chercheurs spirituels sincères dans leur démarche. Parlant de l'iboga, Ravalec (2004) explique que, si les sorciers nganga, passé leur initiation, ne prennent plus de grosses doses, c'est que le but de l'apprentissage rituel est d'acquérir une maîtrise progressive de l'iboga pour dépasser la passivité du jeune initié. Et Ravalec de préciser : « Il faudra apprendre à contrôler progressivement ses effets, à les atteindre avec des doses légères : bref, faire en sorte de travailler avec l'iboga, et non que l'iboga travaille pour soi. »

Il est même possible de provoquer les effets de la

substance… sans prendre la substance. C'est la méthode utilisée par les chamanes pour pouvoir continuer à faire leur travail quand ils n'ont plus la plante à leur disposition (par exemple si ce n'est pas encore sa période de floraison). Ainsi, Cheyene (2006) indique une méthode pour reproduire l'expérience de la sauge divinatoire[39] sans consommer cette plante. La technique consiste à ancrer certains aspects de l'expérience psychédélique de la *Salvia* à l'aide de stimuli associés, une forme de conditionnement en quelque sorte. Ensuite, quand ces stimuli seront répétés à l'identique, les mêmes effets de la *Salvia* se reproduisent sans qu'il y ait besoin de la consommer. Il faut cependant répéter au moins trois fois la même procédure au cours d'expériences psychédéliques nettes avec la *Salvia*.

Enfin, rappelons que la synergie des différentes pratiques spirituelles est une banalité pour les Églises utilisant les plantes hallucinogènes comme sacrement, en complément des prières, des chants et des actes de dévotion. Citons ici, à titre d'exemple, l'Église du Santo Daime, autorisée, même aux États-Unis actuellement (dans le cadre de la liberté de pratique religieuse), à proposer de l'ayahuasca à ses fidèles.

Conclusion

Heaven et Charing (2006) résument ainsi les bienfaits que notre société pourrait attendre d'un usage savant des PDL, pour la rendre plus spirituelle :

> « Fondamentalement, le rêve occidental est fait de séparation et de déconnexion du flux des choses, où la compétition, le conflit et le défi sont la norme (…). Les "hallucinogènes sacrés" sont les moyens de rompre ce rêve social hypnotique, afin d'accéder à un monde porteur d'infinies possibilités, pour créer d'autres

réalités et d'autres futurs. Les hallucinogènes ne nous conduisent pas hors de nous-mêmes, dans un état mental déséquilibré, comme nous en menacent nos médecins et politiciens, mais plus profondément à l'intérieur de nous-même et de nos ressources. »

Chapitre V

LOI, MÉDIAS ET SOCIÉTÉ : CONTRESENS ET CONTRE-SCIENCE

« Il est plus difficile de briser un préjugé qu'un atome. »
Albert EINSTEIN

Aujourd'hui, les psychédéliques sont considérés par la loi comme des drogues, et, qui plus est, des substances dangereuses et inutiles, alors qu'ils possèdent des propriétés et des effets radicalement opposés à ceux des drogues (cocaïne, héroïne, alcool, tabac). Comment expliquer la désinformation systématisée sur ces médicaments ?

Il y a sans doute à la base une sorte de peur et de tabou autour de ces substances qui ont provoqué tant d'abus dans les années 1960. Cette défiance devrait être compensée par un vrai travail d'investigation de la part des médias, mais il manque sans doute un déclic pour que les choses se mettent en route. Les laboratoires pharmaceutiques ont aussi une part de responsabilité, nous le verrons page 310. Enfin, dernier élément et non des moindres, difficile de demander au législateur et aux hommes politiques de trancher sur des sujets qu'ils ne connaissent pas alors que par ailleurs ils subissent la pression sociale, voire l'hystérie et la paranoïa collective vis-à-vis des PDL. Difficile dans ces conditions d'aller à contre-courant des conditionnements culturels.

Pourquoi ces substances sacrées et révérées par les cultures traditionnelles sont-elles tant redoutées par l'homme

moderne ? Cela a probablement quelque chose à voir avec le malaise qu'éprouve notre civilisation vis-à-vis de la spiritualité, du rêve et de la mort. La principale caractéristique qui distingue les PDL des autres classes de médicaments n'est-elle pas leur capacité à induire des états modifiés de conscience qui ne sont vécus que dans les rêves ou dans les états d'exaltation mystique. Ils peuvent modifier nos conceptions de la réalité, changer notre vision de la vie et de la mort, provoquer et mettre au défi nos croyances préférées. Terence McKenna (1991) avance l'hypothèse suivante :

> « Ma théorie est que la raison pour laquelle les psychédéliques ne sont pas légaux n'est pas que cela perturbe quelqu'un que vous ayez des visions, mais qu'il y a quelque chose en eux qui jette un doute sur la validité de la réalité… Ce sont inévitablement des agents de déconditionnement simplement parce qu'ils démontrent l'existence d'une réalité voisine fonctionnant sur une dynamique différente. Je pense que ce sont des catalyseurs intrinsèques de la dissidence intellectuelle. »

Pour Pinchbeck (2002), les PDL sont bannis de notre société parce qu'ils occupent un carrefour, point de contradiction directe mais aussi de synthèse possible, entre le matérialisme basé sur le cerveau et le chamanisme orienté sur l'esprit.

Cependant, ces conceptions différentes du monde auraient peut-être pu trouver un terrain d'entente ou d'enrichissement mutuel si un certain Timothy Leary n'était pas passé par là. À la fin des années 1960, il proposa l'usage de masse du LSD, sans discrimination, à toute la jeunesse, lui demandant de se rallier au slogan « branchez-vous, soyez en phase, laissez tomber » (*Turn on, Tune in, Drop out*), c'est-à-dire l'enjoignant d'accorder sa conscience à celle de l'univers et de laisser tomber l'*American way of life*.

Son attitude, radicale et idéaliste, conduisit à une réaction sociale dans le sens opposé et donna naissance à la politique américaine de « Guerre aux drogues » (*War on Drugs*), une réplique exagérée, sévère et réactionnaire qui s'avéra totalement inefficace et fit plus de mal que de bien à la société. La peur engendrée par le changement de société (d'intention pourtant très pacifiste et humaniste) proposé par Leary, les hippies et d'autres encore, tous inspirés par le LSD, conduisit donc à une diabolisation des PDL.

Cette diabolisation persiste de nos jours : une substance peut devenir interdite après qu'un événement isolé la concernant a créé un tsunami émotionnel dans la population. C'est ce qui s'est passé aux Pays-Bas le 1er décembre 2008, lorsque la culture et la vente des champignons frais ayant un effet hallucinogène fut interdite. En mars 2007, le suicide d'une jeune Française de 17 ans, qui s'était jetée d'un pont d'Amsterdam après avoir consommé des champignons, avait provoqué un débat dans la société néerlandaise. Même si aucun lien formel n'avait été établi entre la consommation de champignons et le décès de la victime, une majorité de députés réclamèrent une interdiction du champignon hallucinogène sous toutes ses formes. Le ministre de la Santé publique hollandaise, Klink, demanda à l'Institut national de la santé publique et de l'environnement d'étudier le danger que représentent les champignons hallucinogènes. « Une demande curieuse, estime Peter Cohen, spécialiste des drogues à l'université d'Amsterdam. Nous savons tout de la substance active de ces champignons, la psilocybine. » Cohen est contre leur interdiction : « Il y a des milliers de tentatives de suicide chaque année ; il est normal, statistiquement, que quelques-unes soient corrélées à la consommation d'une substance. Mais les accidents avec des champignons sont relativement rares, justement grâce à l'ouverture de notre politique. Faut-il renoncer à une politique réussie parce qu'une école française n'a pas

bien préparé ses élèves pour Amsterdam ? C'est plus que de l'incohérence. » Il est vrai que, lorsqu'un Français se suicide après avoir pris de l'alcool, on ne pense pas à dire qu'il est mort à cause de l'alcool, ni à émouvoir l'opinion publique pour faire voter en urgence une loi interdisant l'alcool (en faisant fermer les cafés). Mais les psychédéliques sont des tremplins à nos fantasmes et constituent un bouc émissaire idéal. Quels étaient les facteurs de risque de suicide chez cette Française : dépression, conflits avec la famille, déboires sentimentaux, prise antérieure d'alcool… ? Cela, on ne nous le dit pas.

Quelles qu'en soient les causes, le plus souvent irrationnelles, l'illégalité de nombre de ces substances rend très difficile toute discussion ouverte et honnête sur leur usage et leur intérêt. Conduire une recherche scientifique sur les PDL reste quasiment du domaine de l'impossible en France, et l'exploration personnelle de tels médicaments n'a pas le droit d'être encadrée médicalement, le sujet courant le risque d'être arrêté et de voir sa vie détruite, non par les PDL eux-mêmes, mais par la société qui condamne un choix personnel et une pratique religieuse ou spirituelle personnelle.

Ce n'est pas d'une prohibition mais d'une régulation que nous avons besoin. Il est nécessaire d'entreprendre une discussion collective sur les bienfaits que nous pouvons espérer retirer de l'usage des PDL, comme les sociétés dites « primitives[1] » ont su le faire bien avant nous.

Mon confrère psychiatre Michel Hautefeuille, spécialiste français de la toxicomanie, parle bien de ce sujet dans la dernière partie de son ouvrage *Drogues à la carte.* En voici un extrait :

> « La loi du 31 décembre 1970 régit entre autres le statut des stupéfiants en France. Cette loi est issue d'une opinion publique qui, à la suite de mai 1968, pensait qu'il fallait protéger

> les jeunes du risque de drogues afin qu'ils ne deviennent ni hippies ni marginaux (...). Un des aspects totalement dépassés de cette loi est la pénalisation de l'usage, selon lequel tout usage de produits illicites est un délit (...). Il s'agit d'un saut qualitatif énorme. Par cette loi, on interdit à quiconque, même dans le cadre privé, même s'il ne porte atteinte à personne, d'user d'un produit au prétexte qu'il serait illicite. C'est une atteinte à la vie privée, une atteinte à l'un des droits de l'homme les plus élémentaires, celui de disposer comme il l'entend[2] de son corps et de son esprit. »

Deux questions se posent : le droit donné aux professionnels de santé de traiter des patients avec des PDL, pour des indications précises ; et le droit pour chacun d'explorer les potentialités et profondeurs de sa conscience, et d'accéder à une vision spirituelle authentique, avec ou sans contrôle médical.

La loi et ses contradictions

Le rejet massif des PDL par la loi, à la fin des années 1960 aux États-Unis, revint à jeter le bébé psychédélique et toutes ses promesses avec l'eau du bain des remous médiatiques. Le législateur de cette époque, sous la pression de l'*establishment* conservateur et des hommes de pouvoir, très inquiets de l'ébullition des cerveaux de la jeunesse et des mouvements sociaux anticonsuméristes et antimatérialistes associés au LSD, fit l'impasse totale sur les recherches montrant l'utilité et la sécurité d'utilisation de ces substances, ainsi que sur les témoignages très favorables des patients et psychothérapeutes.

La loi fut donc non seulement illogique vis-à-vis de

la raison médicale, mais aussi amorale puisqu'elle omit d'interdire les drogues les plus mortifères (alcool et tabac). Pire, elle fut inefficace : l'apparition accélérée de psychédéliques nouveaux sur le marché prit de vitesse toute tentative de contrôle répressif et voua à l'échec le jeu des interdictions pénales. Grâce à l'explosion du prix des substances au marché noir[3], elle permit l'enrichissement d'une mafia, réellement dangereuse.

Nous sommes obligés d'aborder le problème sous un autre angle, bon ou mal gré.

Une classification erronée

Nous allons d'abord nous tourner vers l'histoire de la répression des PDL aux États-Unis, puisque c'est là que tout a commencé, et que, comme d'habitude, les pays européens se sont contentés de coller aveuglément aux directives américaines, relayées par des organismes internationaux (notamment l'ONU).

L'alerte fut donnée aux États-Unis lorsque la consommation de LSD s'étendit aux mouvements d'opposition et que se créa l'alliance entre la nouvelle gauche et le mouvement psychédélique. À la fin de 1966, le LSD fut déclaré « substance interdite » : on en prohiba la production et la consommation. Depuis lors, il fut classé dans la « catégorie I » (ou *schedule I*), c'est-à-dire comme une « substance possédant un haut potentiel pour l'abus (la dépendance), sans utilité médicale, ou présentant un manque de sécurité lors de l'utilisation sous surveillance médicale ».

Chacun des termes de cette définition est faux ! Même la cocaïne et les amphétamines (pourtant plus dangereuses) à l'origine de dépendances et ne possédant pas l'utilité médicale des PDL sont mieux classées (*schedule II*). Malheureusement, toutes les autres substances psyché-

déliques rejoignirent le LSD dans cette catégorie. Du fait de leur utilité médicale attestée, les PDL devraient être reclassés, au moins dans la catégorie II, ou bien il faudrait créer une catégorie « I a », signifiant que le prescripteur a besoin d'un entraînement particulier ou d'une certification spécialisée pour utiliser une substance classée en catégorie I [4]. Le médecin devrait connaître, par l'expérience personnelle, ce que sont et font ces substances, et il devrait aussi avoir atteint une certaine maturité psychologique et spirituelle.

Pour mettre le LSD hors la loi, il fut donc nécessaire de le redéfinir comme « drogue privée d'utilité médicale et scientifique ». Mais, quand cette définition fut soumise à l'approbation du Congrès, présidé alors par le sénateur Robert Kennedy, ce dernier avança plus ou moins l'objection suivante : « Si, jusqu'à il y a six mois, le LSD était une substance psychotrope efficace, utilisable en psychothérapie, pourquoi maintenant ne devrait-elle plus l'être ? »

Une chose me surprend : l'alcool et la cigarette contiennent des substances « dangereuses, source de dépendance et sans utilité médicale », qui mériteraient amplement le classement en catégorie « stupéfiant ». Pourtant, le législateur semble avoir renoncé à la prohibition et compris qu'elle est en réalité impraticable, et aboutirait à la création d'un gigantesque marché noir. Pourquoi « oublie »-t-il qu'il en est de même pour les PDL ?

On relève un autre type d'incohérence bien instructive vis-à-vis du peyotl (cactus à mescaline). En effet, le gouvernement américain classe le peyotl dans la catégorie I des substances (dangereuses et sans usage thérapeutique), mais considère en même temps, dans le cadre des Services de santé indiens américains, la cérémonie du peyotl pratiquée dans l'Église NAC comme une intervention thérapeutique valide pour les toxicomanies. On voit à quel point la logique et la raison sont absentes dans le sort absurde réservé par la loi aux PDL.

De manière intéressante, on peut relever le même type d'absurdité, mais cette fois-ci en France, dans les décisions de l'État vis-à-vis de l'ayahuasca. D'un côté, plusieurs organismes officiels, dont la DGLDT (Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie), ont, au total, accordé plus de 230 000 € de subventions pour la création du centre Takiwasi par le médecin français Jacques Mabit à Tarapoto au Pérou. De l'autre, la brigade des stupéfiants a procédé à une vague d'arrestations, perquisitions et saisies au mois de novembre 1999 dans les deux branches du culte catholico-syncrétique du Santo Daime présentes en France. Or, dans les deux cas, une pratique codifiée de l'ayahuasca, dans une visée thérapeutique, est la raison d'être de ces groupes. Comme le dit Frédérick Bois-Mariage :

> « Surprenante préparation psychotrope en vérité que l'ayahuasca, digne à la fois d'être honorée par des fonds publics en tant que possible remède à certaines addictions et de se trouver éventuellement reléguée au banc d'infamie après redéfinition comme "substance vénéneuse" et "stupéfiant" dans le lexique juridique autochtone[5]. »

La classification française des stupéfiants (c'est ainsi que sont appelés les psychédéliques en France) est elle-même très « stupéfiante » de médiocrité. En bon suiveur des États-Unis, et en résonance avec les autres pays occidentaux, elle ânonne la même contre-vérité : « Les stupéfiants, c'est dangereux et ça ne sert à rien, et si vous en prenez vous êtes un inquiétant délinquant marginal. »

Une atteinte à la liberté d'explorer et de développer sa conscience

L'aspiration à accéder à de plus hauts niveaux de conscience semble s'imposer comme une impulsion intrinsèque à tous les êtres vivants (beaucoup d'animaux, par

exemple, sont friands de substances psychédéliques). Puisque les modifications de la conscience chez l'être humain sont à la fois naturelles (exemple : le rêve), indispensables (on ne peut vivre sans rêver), et représentent une nécessité pour la réalisation de sa dimension spirituelle, elles devraient être protégées comme un droit inaliénable de la personne.

Au-delà de la question des applications cliniques thérapeutiques de la recherche psychédélique, la question de la liberté personnelle entre en jeu. Notamment, la liberté d'accès aux rites de passage. L'être humain, quand on regarde du côté des sociétés traditionnelles, semble avoir le besoin et la tendance à rechercher les rites de passage : une déconstruction de la personnalité actuelle, suivie par une reconstruction de la personnalité à un nouveau niveau, d'enfant à adulte, d'adulte à personne mariée, etc., avec la guidance et l'aide de la communauté. Ce besoin est encore le nôtre. Le phénomène des raves en est le meilleur exemple contemporain. Les jeunes gens sont en train de recréer des rites de passage tribaux, mais sans le soutien explicite de la société et sans la connaissance ni les procédures d'usage sécurisé recueillies laborieusement au cours des millénaires. C'est un besoin fondamental et universel.

C'est une question de liberté de développement personnel et de droit pour chacun à explorer les multiples dimensions de sa conscience[6]. Pour Heaven et Charing (2006), la loi exerce une véritable prise de pouvoir sur notre liberté spirituelle, bloquant nos consciences dans une optique matérialiste :

> « Qu'est-ce qui est contrôlé ? Ce ne sont pas les substances mais nos libertés et nos esprits ; la répression n'est pas pour notre sécurité, pour nous empêcher d'être "perchés" et de sauter des immeubles, mais bien pour nous garder enfermés dans un état d'esprit matérialiste. »

La loi française, l'une des plus répressives au monde

Elle traite comme un acte de grave délinquance tout usage des psychédéliques, sous quelque forme que ce soit, même solitaire et au domicile privé de l'usager, même lorsqu'il n'y a aucun trouble de l'ordre public ni de mise en danger de l'usager.
L'article L.628 du Code de la santé publique, issu de la loi contre « l'usage illicite des substances vénéneuses » du 31 décembre 1970, punit l'usage simple, solitaire, privé et illicite de « stupéfiants » d'une peine d'emprisonnement de deux mois à un an et/ou d'amendes de 90 à 3 800 euros.
La loi française traite l'usager comme un terroriste, par des mesures d'exception, des règles de procédures dérogatoires au droit commun : comme en matière de terrorisme, la *garde à vue* peut durer quatre jours ; des *perquisitions* peuvent avoir lieu à toute heure du jour et de la nuit, et la *contrainte par corps* pour assurer le paiement des amendes peut aller jusqu'à deux ans de prison alors qu'elle ne peut excéder quatre mois en droit commun.

Cette réaction est-elle bien raisonnable ? Alors que la mortalité annuelle liée à la consommation de stupéfiants (tout confondu : drogues plus psychédéliques) en Europe est tout à fait minime par rapport à celle liée à la consommation d'alcool ou de tabac (au moins d'un facteur 100 !), comment expliquer le caractère alarmiste du discours dominant sur les stupéfiants ? On les présente comme un fléau à combattre et à éradiquer, une urgence dans la politique de santé publique. Qu'est-ce qui est à l'origine de cette « intoxication » par la peur[7] ?

Mon confrère psychiatre Michel Hautefeuille (2002) voit dans la législation française concernant les stupéfiants un dispositif intégriste. Il énonce très clairement les défauts liberticides du dispositif actuel :

> « L'essentiel est la quête de l'absolu, cette soif ancestrale d'aller au cœur même de la spécificité humaine (...) refuser à toute personne d'avoir accès à cette dimension, c'est lui interdire de se regarder dans le miroir. Cela lui apparaîtra tôt ou tard comme aussi archaïque que la "burkha"des femmes afghanes (...). Il n'est pas concevable de continuer (...) un cadre qui restreindra toujours la liberté de chacun et cherchera toujours à mettre de la morale là où elle n'a rien à y faire. Il convient d'entrer en lutte avec tous ces gens qui, comme le disait Leary, "sont minés à l'idée de savoir qu'il puisse y avoir quelque part quelqu'un d'heureux". Nous sommes tous responsables de nos actes, de nos goûts et de nos envies, nous sommes tous maîtres de notre corps et de notre esprit. Dans la mesure où ces libertés n'empiètent pas sur celles des autres, il devient insupportable qu'elles soient soumises aux lois et aux décrets des bien-pensants et des peureux. »

On peut aussi à cet endroit parler d'un déni du droit de liberté de la pratique religieuse, chaque fois qu'une Église utilisant un sacrement psychoactif se voit refuser le droit d'exercice dans un pays, alors même que dans son pays d'origine cette Église est suffisamment ancienne, et a montré toutes les preuves de son utilité publique et de son respect éthique de la liberté de conscience de ses membres (par exemple les Églises brésiliennes de l'UDV ou du Santo Daime).

Le déni des besoins de prévention et de réduction des risques

La pénalisation des usagers récréatifs possède de nombreux désavantages. Elle n'arrête pas la consommation, mais favorise le trafic illicite de substances rendues dangereuses par leur contenu hasardeux. Elle s'accompagne

d'une absence de réflexion sur la nécessité de mise en place de dispositifs sanitaires de réduction des risques sur les lieux de consommation, puisque, pour la loi, il doit tout simplement ne pas y avoir de consommation. Il est pourtant indispensable que ces consommateurs inévitables puissent recevoir des conseils d'utilisation sécurisée pour prévenir les principaux risques.

L'approche dite de « réduction des risques » tient compte du fait que certaines personnes consommeront des substances dans un cadre non médical, quels que soient les dangers impliqués et quel que soit le nombre de fois où on les somme de ne pas le faire. Cette approche se base sur la recherche du niveau de communication adéquat grâce auquel l'usager suivra des conseils et acceptera de l'aide, même s'il décide de ne pas s'abstenir de consommer. Les conseils incluent habituellement des méthodes pour consommer les substances de manière plus sécurisée. Prenons l'exemple typique de la MDMA (l'ecstasy). L'objectif d'une éducation-prévention est, comme on l'a vu page 153, de s'assurer auprès des consommateurs d'ecstasy qu'ils prennent le temps de se rafraîchir, d'arrêter de danser et de boire suffisamment d'eau pour éviter l'hyperthermie. L'information peut être délivrée sous forme de dépliants présents sur les lieux de consommation, comme les discothèques par exemple. La prévention peut être plus élaborée et chercher à éviter le surdosage ou l'utilisation de produits frelatés, associés à d'autres substances dont l'usager ne serait pas conscient. Elle met alors en œuvre des moyens plus sophistiqués, comme l'utilisation de kits d'analyse des substances, ou d'albums photos des différentes substances vendues illégalement, qui donnent à l'utilisateur une idée de ce qu'il y a réellement dans la pilule qu'il a achetée et une connaissance du dosage du produit.

Les programmes de réduction des risques sont plus pragmatiques, plus réalistes et plus efficaces que l'interdic-

tion légale. Celle-ci est d'autant plus dommageable qu'elle condamne quasiment les PDL à être pris dans de mauvaises conditions ! Le *« Just say no »* (« Dites simplement non »), né sous l'administration Reagan aux États-Unis, est dangereux parce que, de toute manière, les gens continueront à prendre des PDL. Mieux vaut prévoir et accepter la mise en place de programmes de « réduction des risques », un *« Just say know »* (*« Demandez à être informés »*). La prohibition sert juste les besoins de réassurance ou de contrôle de ceux qui la promulguent, mais beaucoup moins les besoins des populations à risque ou les intérêts de la santé publique[8].

Et si l'on prenait la peine d'examiner l'hypothèse que ce sont en grande partie les réactions sociales et juridiques qui rendent les produits dangereux ? Vus sous cet angle, les PDL ne sont pas illégaux parce que dangereux, ils sont dangereux parce que illégaux. L'interdiction des hallucinogènes, qui n'interdit en réalité rien de l'usage sauvage[9], en interdit par contre l'expérimentation scientifique, et n'exclut aucunement les risques individuels, voire les augmente[10]. L'illégalité provoque en effet un arrêt de la recherche scientifique autorisée, la dépossession du corps médical d'un outil thérapeutique potentiel, la floraison d'une mafia pratiquant la vente à des prix exorbitants et la croissance d'un milieu *underground* consommant des substances impures, prises dans les pires conditions. N'importe quel médicament utile que l'on interdirait subitement deviendrait dangereux dans de telles conditions.

Je vous donne un exemple français des effets de la pénalisation. Après l'interdiction de la consommation d'ecstasy, il a été noté une augmentation de l'impureté et de la dangerosité des produits proposés aux jeunes : par exemple, en région Rhône-Alpes, la pilule d'ecstasy Mitsubishi a vu sa composition changer rapidement au cours de l'année 2000, pour finalement… ne plus contenir aucune trace d'ecstasy, mais des amphétamines (plus dangereuses) et de la caféine.

La pénalisation est à l'origine d'un véritable mécanisme de cercle vicieux. Premièrement, les mythes de dangerosité entraînent des réactions sociales négatives vis-à-vis de ces produits. Ensuite, ces réactions rendent les produits plus dangereux, par un processus de suggestion. On sait en effet qu'un sujet sous PDL est plus suggestible, et, s'il croit à ces mythes et qu'il est réceptif à ces réactions, ceux-ci auront plus de chance de s'incarner, par le biais d'un mécanisme de « prophétie s'autoréalisant », ce qui augmente donc la probabilité de survenue d'une réaction défavorable. Cohen (1960) appelle cela une « appréhension initiale excessive » et la cite comme un facteur important contribuant à la survenue d'un *bad trip*. Ainsi, le nombre de *bad trips* rapportés augmenta considérablement pendant la campagne médiatique anti-LSD de la fin des années 1960. Après que la couverture médiatique se fut atténuée, au début des années 1970, le nombre de *bad trips* diminua parallèlement, alors même que le nombre d'usagers du LSD continuait à croître à la même période[11].

Il s'agit donc de passer d'une politique basée sur la répression, et prenant les usagers pour des criminels dangereux pour la société (ce qui n'est pas vrai, concernant les PDL), à une politique mixte, faite à la fois de : (1) *légalisation* pour les usages médicaux ou spirituels surveillés et suivis dans un cadre spécialisé, et (2) une *dépénalisation* des usages récréatifs, prévoyant des actions de prévention, d'éducation et d'interventions en urgence vis-à-vis des usagers « hors cadre » inévitables.

Attention aux termes utilisés. La *dépénalisation* signifie que l'usage des produits ne serait pas légalement sanctionné. La *légalisation*, elle, renvoie à l'organisation même du commerce des PDL, qui deviendraient des médicaments comme les autres, mais délivrés avec une ordonnance spéciale. La légalisation ne signifie pas, en effet, l'absence de tout contrôle des pouvoirs publics. L'usage de ces

produits pourrait être réglementé, avec l'assurance de ne plus trouver sur le marché des produits frelatés associant n'importe quoi à n'importe quelle dose.

Mais, même dans le cadre de l'usage récréatif, ne vaudrait-il pas mieux pas que les consommateurs aient droit à des produits purs et dosés précisément, fabriqués par des laboratoires officiels ? Cela à l'image de la distribution d'aiguilles neuves et de préservatifs chez les héroïnomanes, qui a permis de réduire l'hépatite et le sida sans augmenter pour autant le nombre de consommateurs. Ne vaudrait-il pas mieux aussi que les usagers puissent trouver en leurs médecins des interlocuteurs de confiance, compétents en la matière et donc formés sérieusement parce que officiellement, capables de discuter avec eux des risques et de leur proposer une aide pour résoudre différemment leurs éventuels problèmes psychologiques ? Pour aller plus loin, comment instaurer les conditions pour que la rencontre de l'usager avec la substance devienne une expérience thérapeutique et spirituelle, rendant ainsi hommage aux potentialités extraordinaires des PDL ? Passer d'une politique de réduction des risques à une pratique de maximisation des bénéfices.

Quand les instances publiques sont mal informées

Certains articles pseudo-scientifiques sont remplis d'inexactitudes. Un exemple typique en est la publication de Pépin et coll. (2000), prétendus experts de l'ayahuasca, dont le travail est fait principalement de copier-coller amplifiant les erreurs initiales de leurs sources. Leur article a pourtant fourni des données inexactes aux membres du Conseil d'État, qui ont ainsi pu justifier leur refus de retirer l'ayahuasca de la catégorie des stupéfiants, après l'arrêté du 20 avril 2005. Plus grave encore, le terme de « soumission

chimique » employé pour caractériser la prise d'ayahuasca, que l'on retrouve en filigrane à l'intérieur de ces documents, semble provenir de l'influence d'un organisme, « Vigilance Psy », qui entretient une thèse sans étayage objectif (aucune publication scientifique à l'appui) : selon cette association, l'ayahuasca constituerait un « outil de contrôle chimique sur des êtres fragilisés pour des groupes sectaires néochamaniques menés par des "dérapeutes" ». Dans le discours des (quelques) membres de Vigilance Psy, les termes de « ayahuasca, néochamanisme, secte et soumission » sont tenus pour équivalents et forment un amalgame indifférencié, reposant uniquement sur des fantasmes, des peurs et des erreurs de jugement. Ces personnes entravent malheureusement la science et empêchent les patients de profiter d'un traitement utile en entretenant une paranoïa à laquelle les organismes étatiques sont sensibles.

Ici encore, Michel Hautefeuille (2002) tient des propos très justes pour dénoncer cette chasse aux sorcières moderne infligée aux PDL :

> « Cette attitude de défiance par rapport à l'autre un peu différent parce qu'il est jeune, ou parce qu'il se livre à des expériences qui peuvent paraître osées, ou enfin parce qu'il s'adonne aux voyages intérieurs ne pourra durer éternellement. Tout simplement parce que les "individus différents" seront de plus en plus nombreux et qu'il est moins facile de mettre au pas les groupes de moins en moins minoritaires. Mais l'actualité nous montre que notre monde capable de toutes les libertés est aussi capable de tous les intégrismes. L'intégrisme paraît être une réponse rassurante pour certains tout simplement parce qu'il supprime toutes les questions. »

La société moderne et son rejet des psychédéliques

L'industrie et les lobbys pharmaceutiques : une histoire de gros sous

Ce qui est arrivé à l'ibogaïne est un très bel exemple des mécanismes économico-politiques s'opposant à l'utilisation d'un PDL dans une indication pourtant essentielle[12]. Le droit de réaliser des études légales avec l'ibogaïne sur l'humain – après les travaux animaux prometteurs et rassurants – fut bloqué par le NIDA (National Institute on Drugs Abuse). Des pressions politiques émanant de lobbys républicains ultralibéraux et ultrarépressifs, liés à l'industrie pharmaceutique, soutenus financièrement par une alliance des plus grandes entreprises du pays, y compris les fabricants de tabac et d'alcool bien placés pour parler de dépendance, eurent finalement raison de l'ibogaïne et de son immense intérêt pour le sevrage des héroïnomanes : il n'y eut donc pas de recherche légale et subventionnée pour le traitement des toxicomanies par l'ibogaïne, malgré les preuves scientifiques nombreuses et très favorables, et en dépit de l'expérience de tous les ex-toxicomanes soignés. Est-ce la santé des citoyens qui dirige les lois ?

Schaller (2006) rappelle que Timothy Leary, le « pape du LSD », avait été convoqué dans les années 1960 par Robert Kennedy, qui occupait alors un poste élevé dans l'administration américaine et devait prendre la décision de classer cette molécule dans les substances légales ou dans les substances illégales. L'argument développé par Leary était qu'il fallait réglementer mais non interdire :

> « Laissez ceux qui veulent faire l'expérience du LSD se rendre dans des centres où ils seront bien encadrés, mais ne

l'interdisez pas car rendre sa consommation illégale causera toutes sortes de catastrophes.
– Est-ce une substance dangereuse, oui ou non ? insistait Kennedy.
– Oui et non, répondit Leary. C'est comme les voitures. Elles peuvent causer des accidents, mais vous ne les interdisez pas, vous essayez de contrôler la circulation et vous imposez un permis de conduire pour limiter les dégâts. »

Malheureusement, les arguments nuancés de Leary ne furent pas retenus, et Kennedy décida d'interdire le LSD. On apprit plus tard que sa décision avait été prise en partie sous la pression des pouvoirs officiels et de l'industrie pharmaceutique. En effet, selon Terence McKenna[13] :

« Les pouvoirs officiels ont très peur des expériences mystiques parce qu'elles rendent les individus qui les vivent libres de tout ce qu'on leur a affirmé être "la Réalité", et qui n'est souvent que la réalité de ceux qui veulent maintenir les autres sous leur domination. Depuis la Seconde Guerre mondiale, l'industrie pharmaceutique a su tirer profit du mal-être spirituel des Occidentaux déboussolés par une perte du sens du sacré qui rend la vie quotidienne banale et sans saveur. Elle tire des profits absolument gigantesques de la vente de médicaments psychotropes qui calment les gens angoissés ou stressés en anesthésiant leurs sens intérieurs et en les privant ainsi de toute possibilité de contact avec d'autres mondes que la réalité ordinaire… Pour défendre leurs intérêts, les lobbies pharmaceutiques ont tout fait pour faire interdire les substances psychédéliques qui auraient pu diminuer leurs ventes. Du coup, la seule alternative qui existe aux médicaments chimiques, ce sont les drogues illégales. Et ceux qui les vendent ont ceci de commun avec les multinationales de la chimie que seul le profit compte. »

Il est vrai que Lotsof s'était bel et bien heurté à une fin de non-recevoir quand, preuves scientifiques à l'appui, il avait tenté de convaincre les industries pharmaceutiques de l'urgence vitale de remplacer les médicaments substitutifs qu'elles commercialisaient (très rentables) par l'ibogaïne (pas rentable) dans le traitement des héroïnomanes. Face au mur de refus qu'il rencontra, Lotsof déclara : « Ce qui compte pour ces gens, ce n'est pas d'améliorer la santé du maximum de personnes, mais d'enrichir au maximum leurs actionnaires. » L'ibogaïne ne représente pas d'intérêt financier pour les laboratoires pharmaceutiques car c'est une molécule d'origine naturelle dont les effets anti-drogue ont déjà été brevetés et sont près de tomber dans le domaine public. En cas de légalisation, l'État, le ministère de la Santé, devront-ils trouver un moyen de stimuler ou d'intéresser l'industrie pharmaceutique pour qu'elle prenne en charge la fabrication et la distribution des PDL ? Ou bien faudra-t-il créer un « laboratoire pharmaceutique d'État » pour commercialiser les substances à fort potentiel thérapeutique mais pas rentables ?

Ce qui est sûr, c'est que les scientifiques qui ont construit leur carrière sur le développement de certains médicaments, et les industries pharmaceutiques ayant investi des centaines de millions d'euros sur ceux-ci, feront tout ce qui est en leur pouvoir pour empêcher les PDL de leur faire concurrence.

L'esprit matérialiste et sa phobie des états modifiés de conscience

Chacun des différents états de conscience conduit à des phénomènes observables qui peuvent constituer l'objet de vérifications et de validations. À chaque état de conscience différent peut donc correspondre un domaine scientifique particulier : notre société occidentale est trop cognitivo-

centriste, considérant l'état de conscience ordinaire comme la seule position d'observation crédible et la seule source valable d'informations et de savoirs utiles. Elle ne valorise, n'autorise et n'étudie que les états de conscience ordinaires. Il est pourtant intenable de faire des affirmations péremptoires à partir d'un état de conscience particulier, concernant la réalité d'un autre état de conscience. Sinon, les rationalistes pourraient vous dire que le « Satori » (l'état d'éveil en zen) est un état de rêverie, alors qu'un moine zen vous dirait que ce sont les gens ordinaires et rationnels qui vivent leur vie en état de rêve.

Michael Harner pense lui aussi que la psychologie et la psychiatrie font preuve d'un biais cognitivo-centriste. Autrement dit, les spéculations théoriques de ces disciplines se basent uniquement sur les observations et les expériences réalisées dans un état de conscience ordinaire. Toutes les découvertes produites par les recherches faites en état modifié de conscience sont ignorées, qu'elles proviennent de l'Histoire, de l'étude comparative des religions, de l'anthropologie ou de divers domaines de la recherche moderne sur la conscience – comme la parapsychologie, la thanatologie, ou les psychothérapies utilisant les états modifiés de conscience (hypnose et EMDR, entre autres). Et cela en dépit du fait que ces recherches ont été menées par des scientifiques respectables, tout aussi sensés, les pieds sur terre, et tout aussi intelligents que leurs autres confrères, et qui ont publié dans des revues professionnelles.

La physique quantique rend hommage aux états modifiés de conscience comme porte d'entrée dans le domaine de l'observation des lois visibles mais aussi non visibles de l'univers. Selon Strassman et coll. (2008), de toutes les qualifications utilisées pour les PDL, c'est probablement le terme « hallucinogène » qui reflète le plus un état d'esprit matérialiste sceptique vis-à-vis des réalités non visibles.

Strassman souligne à juste titre qu'il utilise le terme matérialiste plutôt que scientifique, parce qu'« on peut vraiment appliquer les outils et les modèles de la science tout aussi facilement pour les données non matérielles que nous le faisons pour les données matérielles ». Cet auteur rappelle que l'algorithme suivi par la science expérimentale est simplement : « Sous telles ou telles circonstances (comme les miennes) – Faire ceci et cela (comme moi) – Observer ce qui arrive – Et en faire état. » En d'autres termes : 1) établir les conditions expérimentales, 2) définir la méthode, 3) faire des observations, et 4) les publier. Ce ne devrait pas être une surprise de constater que les mystiques suivent le même algorithme, le même schéma méthodologique, dans leurs techniques contemplatives à la recherche de connaissance. Les mystiques authentiques demandent que rien ne soit accepté par simple croyance ou suite à un enseignement verbal. Au contraire, ils établissent un protocole de tâches dans le laboratoire de leur esprit. Ils expérimentent, observent les résultats et les comparent à ceux d'autres ayant pratiqué les mêmes expérimentations. À partir de ce pôle de connaissance validé de manière consensuelle émergent certaines lois : les lois de l'esprit. Il s'agit bien, là aussi, d'une certaine forme d'empirisme. La seule différence réside dans l'absence de mesures quantifiables. La réalité possède des aspects non mesurables : c'est une constatation et non pas un problème. C'est bien plutôt un problème pour le scientisme[14] (la science sans conscience) de vouloir limiter la nature aux données quantifiables.

Une image négative dans les médias

Les médias créent un climat sulfureux et une atmosphère de dangerosité autour des psychédéliques. Ce faisant, des attentes négatives et des peurs exagérées vont venir

suggérer négativement et influencer profondément l'expérience des consommateurs. Appelons ce phénomène (même si c'est impropre au sens premier du terme) la « psychose médiatique ».

Dans les années 1960, la prise de LSD dans des cadres insécurisés conduisait à de rares accidents qui étaient largement narrés dans les médias. Un même événement pouvait occuper la presse pendant des mois, créant une distorsion dans l'esprit du public quant au niveau réel du risque. Le risque réel est le nombre d'accidents divisé par le nombre total de prises du produit dans toute la population. Une fois le calcul effectué, on s'aperçoit que la vaste majorité des prises n'a pas d'effets négatifs sérieux. Les années 1990 ont vu réapparaître de façon remarquable le même mécanisme d'hystérie médiatique que les années 1960, cette fois-ci concernant la MDMA (ecstasy). Par exemple, une seule mort au Royaume-Uni, celle de Leah Betts après une prise de MDMA, fit la une des quotidiens pendant des mois. Il ne fut qu'exceptionnellement mentionné que le risque réel de mort lié à la prise (dans de mauvaises conditions) de MDMA était à peu près de un sur un million de pilules avalées. À la même époque, au Royaume-Uni, pour chaque personne mourant lors d'une prise de MDMA (8 en tout), environ 1 000 succombaient suite à la consommation d'alcool, et environ 2 000 de pathologies associées à la cigarette[15].

Les histoires du LSD et de la MDMA suggèrent que nous ne devrions pas tirer de conclusions rapides. Établir scientifiquement qu'une substance est réellement la cause d'un problème particulier demande des études portant sur un grand nombre de sujets et très coûteuses à réaliser.

L'ironie d'une telle diabolisation est qu'elle réduit rarement l'usage des PDL. Non seulement la consommation de MDMA augmenta après la campagne utilisant une photographie sous-titrée : « Elle a eu son compte : il a suffi d'une pilule pour tuer Leah Betts », mais une pilule

d'ecstasy commémorative surnommée « Leah Betts » fit son apparition. Les intérêts de la santé publique seraient bien mieux servis si l'on diffusait une information objective et crédible qui évite le sensationnalisme.

Les médias ont une part de responsabilité dans les mauvaises expériences sous PDL. On a vu que les attentes du consommateur étaient une partie importante du cadre interne[16]. Prenons l'exemple de la kétamine. L'importance des attentes fut examinée dans une étude de Sklar et coll. (1981), intitulée *Les Réactions négatives à l'anesthésie par kétamine : abolition par une technique psychologique*. Sklar montra que la clef d'une expérience positive avec la kétamine résidait en fait dans une rencontre avec un médecin, qui soulignait les aspects positifs du médicament et inspirait un sentiment de chaleur et d'empathie. Il suffisait alors de dire aux patients de penser à une image agréable au moment où on leur donnait le médicament. Or l'article de l'agence Reuters (1996) « Party Craze for Cat's Drug » conduisit exactement à l'effet inverse. En seulement sept lignes, on insinuait que la kétamine venait des cliniques vétérinaires et que les experts médicaux prévenaient que la substance pouvait causer une attaque cardiaque ou même la mort. La nouvelle s'avéra très perturbante pour les patients des cliniques qui, en anesthésie, reçoivent dix fois la dose utilisée à titre psychédélique, directement dans leurs veines. Cet article, et d'autres du même acabit, conduisit de nombreux usagers à se rendre à l'hôpital en déclarant qu'ils étaient en train de mourir – plaçant une charge sur le fonctionnement des services d'urgence publiques – mais le nombre d'utilisateurs ne chuta pas pour autant.

Les médias continuent de véhiculer des erreurs, plus par ignorance que par mauvaise foi. Un exemple typique servira d'illustration. Dans un article sur la *Salvia divinorum* (sauge divinatoire), le journal *Libération*[17] relate l'usage superficiel qu'en font les adolescents actuels. Le

journaliste parle d'inquiétude des pouvoirs publics, laissant croire à la dangerosité de cette plante, alors qu'elle ne présente aucun risque physique ou mental, ni aucune dépendance, les consommateurs s'arrêtant au bout de une ou deux prises dans la grande majorité des cas. L'article ne va pas plus loin dans son investigation, et ne rend pas justice aux potentialités thérapeutiques et spirituelles de cette plante. Or il s'avère que la possession de *Salvia divinorum* n'est pas encore illégale en France, qu'il n'y a aucune raison valable qu'elle le devienne. De tels articles risquent fort d'en précipiter l'interdiction.

Les professionnels de la santé

Il y a cinq ans, si j'avais rencontré une personne avouant consommer du LSD, j'aurais immédiatement jugé qu'il s'agissait d'un utilisateur de drogues dures, cherchant à fuir le réel dans des paradis artificiels pour masquer une souffrance mentale et par incapacité à accepter la réalité. Pourtant, je suis médecin psychiatre depuis 1989, censé connaître les effets de toutes les substances psychoactives. Or, à l'époque de ma formation, tout comme aujourd'hui d'ailleurs, les psychédéliques ne faisaient pas l'objet d'un enseignement officiel spécifique pour les médecins, psychiatres ou non.

Les professionnels de la santé ont une pseudo-connaissance des PDL, nourrie par la presse, les conditionnements et les mythes sociaux, qui nous disent qu'il s'agit de drogues dangereuses et inutiles, dont nous devons protéger nos patients.

En tant que psychiatre, j'ai travaillé seize années à l'hôpital du Vinatier à Bron (commune limitrophe de Lyon), d'abord comme chef de clinique, puis comme praticien hospitalier responsable d'une unité. J'exerçais dans un

service hospitalo-universitaire (Pr Marie-Cardine) s'occupant d'un secteur psychiatrique très défavorisé, celui de Vaulx-en-Velin, classé « commune à risque ». La toxicomanie et la consommation de stupéfiants y sont plus élevées que dans la moyenne des communes de France, et pourtant je n'ai jamais, je dis bien *jamais*, constaté au cours de mon exercice une psychose ou un trouble mental majeur que je puisse rattacher directement à la prise d'un PDL[18]. Alors pourquoi avais-je développé une image si négative des PDL ? Qui m'avait conditionné ainsi ? Mes parents, mes enseignants, les médias, les films, les organismes officiels de santé publique ? N'est-il pas regrettable que la formation des médecins qui vous soignent soit ainsi réduite à une information issue des croyances populaires ?

En France, les quelques écrits dits « scientifiques » réservés aux psychédéliques ont souvent été entachés de graves préjugés idéologiques. Ainsi l'article récent d'une équipe parisienne de l'hôpital Sainte-Anne[19], qui déclare que l'ayahuasca entraîne une « rigidification des processus psychiques et un appauvrissement de la vie affective ». Tout y est affirmé du haut d'une chaire, sans aucune démonstration, sans études, sans suivi de cas… etc. Rien… mais en se sentant autorisé à tout dire… Comble de l'ironie, les auteurs, qui n'apportent aucune donnée scientifique à l'appui de leur hypothèse « anti-ayahuasca », voudraient s'opposer à son utilisation thérapeutique pour la « limite de portée scientifique » des travaux déjà réalisés. L'expression « c'est l'hôpital qui se moque de la charité » n'a peut-être jamais été mieux méritée.

Encore actuellement, les manuels pédagogiques remis aux professionnels de santé pour leur expliquer la conduite à tenir face aux « problèmes de drogues » continuent à présenter les PDL sans mentionner aucunement leur usage médical potentiel, ni les travaux de recherches à ce sujet. Pire, ces documents sont truffés d'erreurs et de contre-

vérités : ainsi du manuel de l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), intitulé *Drogues et dépendances – le livre d'information*, distribué aux médecins en 2006.

Et il y a fort à parier que l'ouvrage que vous tenez dans vos mains va m'attirer des réactions hostiles de la part de mes confrères, alors même qu'il s'appuie sur des travaux de recherche incontestables, menés dans de nombreux pays par des professeurs d'Université et des chercheurs de réputation mondiale. Mes confrères vont-ils vraiment lire sérieusement l'ouvrage, vont-ils chercher à comprendre et à approfondir les informations qu'il contient, et décider de faire leur propre expérience ? Ou bien vont-ils en faire une lecture sommaire, déformée dès le départ par leurs préjugés, et partir en croisade contre un ouvrage subversif ? Un travail de ce genre peut-il faire bouger les mentalités, donner lieu à un débat contradictoire constructif et poser la question d'un enseignement de qualité sur ce sujet au cours des études médicales ? L'avenir nous le dira.

L'héritage des religions monothéistes

Les religions monothéistes ont laissé dans notre inconscient collectif une empreinte faite de méfiance et de rejet vis-à-vis des plantes hallucinogènes. Celles-ci ont d'abord été considérées comme d'origine diabolique, avant d'être encore une fois diabolisées par la société laïque moderne.

Les premières religions furent matriarcales, basées sur le culte de la nature et de la terre. Elles entretenaient des rapports privilégiés avec tout un panthéon de divinités et d'esprits de la nature, tout à fait compatibles avec l'usage de plantes psychédéliques. Les grandes religions monothéistes, qui survinrent beaucoup plus tard, furent de nature patriarcale. Elles prirent naissance dans des déserts

arides et dans des conditions très austères, ce qui influença probablement leur rapport à la nature. Les « prêtres » de ces religions retirèrent à la nature toute signification spirituelle et condamnèrent les plantes hallucinogènes comme étant l'œuvre du diable, requérant l'extermination pure et simple des peuples ou des gens qui les consommaient (comme les sorcières européennes). C'est lorsque le christianisme devint la religion officielle dans l'Empire romain que tout sembla désigner les anciennes pratiques et connaissances paganistes à la condamnation et à une persécution violente. Ainsi, la plupart des connaissances médicales furent rejetées et, avec elles, l'usage d'un grand nombre de riches et anciennes pharmacopées[20]. Les boissons alcoolisées, les vins et les bières furent alors les seules substances psychoactives tolérées[21]. Toutes les autres substances, même celles qui étaient jusque-là très prisées pour leurs nombreuses utilisations médicales, religieuses et récréatives, furent considérées comme d'essence démoniaque, et tous ceux qui les utilisaient, considérés comme des sorciers, soumis à la torture, aux mutilations, voire à la mort.

Les substances psychédéliques devenaient, pour la première fois de leur histoire, victimes du pouvoir et du monopole d'une institution, en l'occurrence l'Église. En effet, elles permettaient à chaque individu d'obtenir, par l'extase, un lien direct avec Dieu, court-circuitant le passage obligé par un prêtre. Les religions monothéistes sont fondées sur l'obéissance et sur l'adhésion du fidèle à une certaine conception du monde, à une morale et surtout à un Livre. La foi est substituée à la transe, et seul le prêtre est autorisé à consommer le vin. Ainsi l'Église rend-elle le sujet dépendant d'elle pour accéder au divin. Par ailleurs, les guérisseurs et sorcières (les chamanes de l'époque) avaient des connaissances thérapeutiques approfondies de la pharmacopée et des plantes, et constituaient une concurrence intolérable vu l'ignorance des prêtres en ce domaine.

Vers le Xe siècle, quiconque utilisait des plantes à des fins thérapeutiques était un hérétique en puissance. Toute la tradition pharmacologique sera interdite et oubliée. Cet interdit est en réalité d'ordre politique et économique, et non fondé sur la raison et sur la nature des plantes elles-mêmes[22].

Des pistes pour le futur

Quand Gnoli et Volpi (2006) posent la question suivante à Albert Hofmann : « Si un homme politique vous demandait un conseil sur la législation du LSD, quelles seraient vos suggestions ? », voici ce qu'il leur répond :

> « Ma première réponse serait qu'une interdiction absolue, draconienne, n'est pas efficace. L'emploi du LSD devrait être légalisé, ce qui signifie, en premier lieu, régulé. L'État devrait en contrôler la production, la qualité et la distribution. Cette dernière, en particulier, devrait avoir lieu sous contrôle médical. Le LSD ne crée pas de dépendance, n'est pas toxique ni vénéneux, et il est d'une production facile (...). Le prohibitionnisme, nous pouvons le dire désormais, ne protège pas la jeunesse et profite essentiellement à la pègre qui gère le marché. »

Je ne peux évidemment qu'adhérer à de tels propos, même s'ils font l'impasse sur la question de l'éducation et de la réduction des risques chez les usagers qui ne veulent pas passer sous contrôle médical.

Le Dr Stanislav Grof propose pour sa part la création d'un réseau de structures d'accueil dans lesquelles ceux qui sont sérieusement intéressés par l'auto-exploration grâce

aux psychédéliques pourraient venir prendre des substances pures et dans les meilleures circonstances. Pour Grof, beaucoup de ces sujets s'engageraient autrement dans une auto-expérimentation illégale, impliquant un risque bien plus élevé. L'existence de centres de ce type, subventionnés par le gouvernement, permettrait d'accumuler et de traiter de manière systématique toute l'information valable sur les psychédéliques, information essentielle qui est sinon perdue dans la pratique de l'expérimentation sauvage. Cela mettrait aussi un terme à l'absurdité de la situation actuelle dans laquelle aucune recherche professionnelle sérieuse n'est conduite dans un domaine où des millions de gens ont fait leur propre expérience.

EN CONCLUSION

POUR UNE RÉHABILITATION DES PSYCHÉDÉLIQUES ?

« L'éternité, c'est long, surtout vers la fin. »
Woody ALLEN.

Les arguments en faveur d'un retour contrôlé de certaines substances psychédéliques dans la médecine (LSD, psilocybine, ibogaïne, kétamine, ecstasy) ou dans des lieux de culte religieux ou ritualisés (ayahuasca, iboga, peyotl, San Pedro) ont été exposés tout au long de cet ouvrage. Voici quelques réflexions finales concernant les possibilités et l'intérêt d'un tel retour.

Des PDL, pour qui et dans quelles conditions ?

Dans l'hypothèse, pour l'instant utopiste, où la loi et la politique tiendraient enfin compte des données scientifiques et médicales, quelles seraient les premières démarches à entreprendre ?

La réintroduction pourrait se faire d'abord dans le cadre de la recherche thérapeutique en milieu hospitalier, afin de créer une culture positive vis-à-vis des PDL en France, et de

favoriser le développement d'une nouvelle attitude et d'une confiance envers ces médicaments. L'objectif principal des premières recherches serait de rassurer l'opinion publique en lui montrant l'intérêt des PDL pour des populations ciblées dans des conditions d'utilisation bien contrôlées et surveillées. C'est le premier pas pour déconditionner les esprits par rapport aux décennies de méconnaissance, voire d'hystérie et de paranoïa. Dans un premier temps seraient visés les troubles mentaux résistants aux autres approches et sensibles à l'action des PDL[1], et surtout les traitements des diverses addictions (alcool, héroïne, cocaïne), où les PDL ont fait leur preuve et n'ont pas tellement d'autres concurrents directs sérieux[2].

Ensuite viendrait la question de la formation de médecins experts en PDL, qui auraient les compétences requises pour utiliser ces médicaments en clinique, ou plus rarement au cabinet, pour des patients extrêmement bien sélectionnés et bien préparés. Parallèlement, l'État pourrait subventionner[3] des laboratoires acceptant de produire des PDL, ceux-ci étant alors prescrits uniquement par les médecins experts à partir d'ordonnances spéciales, dites « d'exception ». La création de programmes pour éduquer et entraîner les professionnels de santé à la psychothérapie assistée par PDL a déjà commencé aux États-Unis avec la MAPS. Ross et Guss ont lancé un enseignement sur les PDL et les addictions pour les médecins à l'hôpital Bellevue de New York[4].

Inévitablement se poserait alors la question du droit, pour les personnes saines, de prendre des PDL de manière sécurisée, afin d'explorer les multiples dimensions et potentialités de la conscience et d'épanouir leur vie spirituelle. Ce pourrait être un cadre spécialement créé pour l'occasion, comme un « Centre officiel d'étude et d'utilisation des états modifiés de conscience », ou bien un cadre déjà reconnu d'utilité publique (comme les Églises ou cultes de l'ayahuasca, de l'iboga ou du peyotl).

À mon sens, une libéralisation totale n'est pas souhaitable : ces substances sont trop puissantes et trop sérieuses pour ne pas nécessiter un minimum de précautions et de respect dans leur utilisation : la prescription légale doit passer par une obligation d'accepter une surveillance spécialisée lors de chaque prise. Savoir si une supervision médicale ou bien spirituelle est la plus appropriée est un sujet crucial qui reste à discuter sérieusement par les décideurs politiques[5].

Quelle place y aurait-il éventuellement entre l'utilisation sauvage et une utilisation totalement contrôlée par les médecins ? Certains consommateurs pourraient-ils bénéficier de l'usage de PDL dans de bonnes conditions, sans danger pour eux-mêmes ni pour la société, et n'ayant besoin que d'un accompagnant expérimenté et de confiance, mais pas forcément médecin ?

Pour Grof (1994), qui a accompagné et observé plusieurs milliers de personnes avec le LSD, la réponse est clairement « oui ».

> « Il existe un groupe important d'intellectuels sophistiqués et responsables, qui voient dans l'usage régulier des psychédéliques une occasion unique de recherche philosophique et spirituelle, comparable à la voie offerte par les traditions comme le Vajrayana tibétain, le bouddhisme zen, le taoïsme, le soufisme, ou différents systèmes de yoga, dont le tantrisme. Les motivations sous-tendant l'expérimentation psychédélique peuvent dont être très sérieuses et refléter les plus fondamentaux des besoins humains, à savoir l'aspiration à un bien-être émotionnel, à une réalisation spirituelle et à la découverte d'un sens à la vie. »

D'autres indications mériteraient, elles aussi, d'être discutées.

Ainsi, dans l'exercice de ma profession, je rencontre souvent des personnes socialement très bien insérées qui présentent ce que l'on appelle des « dépressions existentielles », ou crises de la quarantaine, de la cinquantaine, ou que sais-je. Des gens qui « ont tout pour être heureux », mais à qui manque l'essentiel, une réponse au « qui suis-je ? », ou « quel est le sens de ma vie, de la vie, quelle est ma mission ? ». Une prise unique de PDL, soigneusement préparée et encadrée, serait susceptible, dans bien des cas, d'apporter une réponse étonnante, profondément inspirante et régénératrice, redonnant une direction et un sens nouveau à leur vie.

Pourquoi ne pas s'intéresser aussi au traitement des prisonniers, criminels ou délinquants, par les PDL, pour réduire le taux de récidives, et répliquer les résultats de l'étude prometteuse conduite par Timothy Leary avec la psilocybine dans les années 1960 ?

Une autre question importante est celle de la création de rituels d'initiation spécifiques pour les jeunes gens, comme cela se fait dans les sociétés traditionnelles. Tous les sociologues reconnaissent que la jeunesse actuelle souffre d'un manque de repères. Elle ne bénéficie plus de rituels sociaux facilitant la transition entre l'enfance et l'âge adulte, et les inscrivant de manière valorisante et symbolique dans la société. D'où une partie de la violence, de la délinquance, de la prise festive de PDL, qui, dans bien des cas, représentent des « épreuves initiatiques », des rituels sauvages mis en place spontanément par manque de rituels socialement validés. Ne serait-il pas alors profondément utile d'élaborer de nouveaux rituels d'initiation avec les PDL, mais cette fois-ci dans un cadre sécurisé, donnant un sens totalement différent à la prise de substances ?

La restauration d'un usage rituel des PDL permettrait-elle une intégration des jeunes à la société plutôt que l'inverse[6] ? Sueur[7] souligne :

« [la nécessité d'une] modification du regard social porté sur ces substances, et d'une reconstruction d'un lien social vis-à-vis de ces produits, qui nous permette de sortir d'une situation d'anomie. N'y a-t-il pas une erreur fondamentale à diaboliser les PDL, et à empêcher tout usage socialement intégré, source d'hétéro-contrôle intégrateur, en particulier l'usage thérapeutique et l'usage festif (compte tenu de l'impossibilité qu'il y a, dans une société laïque, à imaginer la mise en place de rites magico-religieux utilisant des substances psychédéliques) ? »

De nouvelles pistes à explorer dans la recherche psychédélique

En laissant de côté la question de la légalisation et de la prescription, j'aimerais terminer en vous montrant la diversité des questions qui restent posées et leur grand potentiel pour de nouvelles découvertes.

Ainsi, pêle-mêle :

• La recherche de nouvelles indications thérapeutiques pour les PDL déjà connus ;

• La découverte de nouveaux PDL (végétaux, animaux ou de synthèse chimique) ;

• La mise au point de procédures de synthèse pour une utilisation précise et fiable de certains PDL (ex. : ibogaïne et autres alcaloïdes associés) ; l'amélioration des substances existantes (plus grande efficacité, moins d'effets secondaires) par le travail des chimistes et psychopharmacologues, comme pour le développement de nouvelles molécules psychotropes ;

• L'étude de la combinaison de substances, notamment avec la MDMA ou la kétamine qui semblent particulièrement à même de potentialiser les effets des autres PDL[8] ;

• L'utilisation des PDL pour une meilleure compréhension des liens entre le cerveau et le psychisme, et pour faire progresser la psychopharmacologie, discipline qui, ne l'oublions pas, est née en grande partie grâce aux travaux permis par le LSD[9] ;

• La création de programmes d'évaluation de l'intérêt économique présenté par les traitements à l'aide des PDL : ils permettent probablement de soigner à moindre coût (le « trou » de la Sécurité sociale leur en serait reconnaissant) car leur efficacité rapide, en quelques prises, génère beaucoup moins de dépenses que la prise quotidienne, étalée sur de longs mois, voire des années, de traitement antidépresseur, tranquillisant, antalgiques ou autres… ; une autre source potentielle d'économies provient de la capacité avérée de certains psychédéliques à traiter très efficacement des populations difficiles (toxicomanes, alcooliques), très coûteuses en dépenses de santé et en souffrances au long cours ;

• L'étude de l'intérêt de l'expérience psychédélique pour la formation du psychothérapeute. C'était le cas avec le LSD, donné à des soignants, dans les années 1950, pour leur faire vivre une « expérience psychotique transitoire », afin de mieux comprendre, et finalement de mieux soigner, les patients schizophrènes. Un exemple plus actuel est celui de la MDMA qui permet, aux thérapeutes qui en ont fait personnellement l'usage, de vivre une expérience d'empathie profonde, utile pour leur apprentissage professionnel, et produit aussi des prises de consciences plus pénétrantes vis-à-vis des problématiques de certains de leurs patients. Par ailleurs, la thérapie du thérapeute par les PDL lui permet de travailler sur des types de thématiques personnelles et à des niveaux de profondeur qui ne peuvent être atteints par les psychothérapies habituelles : elle lui assure donc une meilleure maîtrise des phénomènes contre-transférentiels dans des séances ultérieures avec ses patients[10] ;

• On pourrait même aller plus loin en étudiant, à titre expérimental bien sûr, comment la prise de PDL à faible ou moyenne dose par le thérapeute, pendant qu'il effectue ses soins, peut améliorer la qualité ou l'efficacité de son intervention. Démontre-t-il plus d'empathie, de compréhension du patient, de communication « d'inconscient à inconscient », de capacités créatives pour élaborer de nouvelles interventions ?

• L'élargissement des indications pour différents domaines de développement professionnel comme : la créativité et la résolution de problèmes, l'aide à l'intuition (l'Eurêka !) chez les chercheurs, la stimulation des capacités artistiques et, chez les religieux, l'expérience d'un lien plus direct avec le divin pour revitaliser leur foi et leur enthousiasme (dont l'étymologie est la même qu'enthéogène) ;

• L'étude de la synergie des méthodes provoquant des états modifiés de conscience sans substances (yoga, méditation, visualisation, tai-chi, hypnose, EMDR) avec les PDL, lors d'une utilisation simultanée : employées au cours de l'expérience psychédélique, elles amplifient, ancrent et dirigent le processus de prise de conscience et de changement ;

• Le développement de diverses méthodes psychologiques pour permettre une meilleure intégration et une meilleure résolution des expériences psychédéliques : par exemple, lors d'une expérience psychédélique difficile, un trouble posttraumatique avec flash-back pourrait survenir si une expérience difficile (un *bad trip*) n'a pas été encadrée puis élaborée dans la phase d'intégration : à ce moment-là, l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Retreatment) ou l'EFT (Emotional Freedom Therapy) pourraient se révéler très utiles pour résoudre la composante traumatique.

Et si l'on devait retenir l'essentiel…

En terminant cet ouvrage, je suis étonné de constater à quel point les informations que j'ai voulu vous communiquer sont simples et évidentes. Et, pourtant, elles n'ont jamais pu être exprimées ainsi en France. Voici, dans ces dernières lignes, ce qui pour moi constitue l'essentiel de mon message.

Les psychédéliques ne sont pas des drogues puisqu'ils n'induisent pas de dépendance et présentent un intérêt thérapeutique.

Ce ne sont pas des « stupéfiants » puisqu'ils n'obscurcissent pas la conscience, mais, au contraire, l'élargissent et l'appronfondissent.

Ils ne sont pas dangereux en eux-mêmes : tout dépend de leur cadre d'utilisation. Les conditions qui en font des instruments thérapeutiques et celles qui au contraire les rendent potentiellement dangereux sont désormais bien connues.

Il existe actuellement bien assez de données, de recherches et de publications, au niveau international, pour étudier, en France, l'efficacité des PDL dans des affections psychiatriques résistant aux autres approches, avec de grandes chances d'obtenir des gains thérapeutiques importants. Des associations professionnelles dédiées au développement de l'humanisme en médecine (dont HUMANITAS) s'intéressent aussi à la recherche thérapeutique avec les PDL[11].

Puisse cet ouvrage dépasser les craintes irrationnelles et lever les tabous, pour redonner leur juste place à ces substances si particulières.

Annexes

Le renouveau psychédélique en un clin d'œil

Voici un résumé de la nouvelle vague de recherche qui, depuis un dizaine d'années, est en train de valider les espoirs entrevus avec les psychédéliques.

Psilocybine/LSD/MDMA et psychothérapie chez les sujets ayant une anxiété liée à la fin de vie

La recherche psychédélique avec les mourants fut la dernière à disparaître et devait être parmi les premières à reprendre. Les études avec les PDL dans ce domaine ont repris au début des années 2000. La plupart sont conduites sur le modèle de Grof (2008) pour la psychothérapie avec le LSD. En avril 2004, le Dr Charles Grob a commencé une étude pilote à l'Institut de recherches biomédicales du Centre médical Harbor-UCLA, en examinant la psychothérapie assistée par psilocybine comme traitement potentiel de l'anxiété pour 12 sujets atteints de cancers en phase avancée[1]. L'étude vise à tester si la psilocybine peut être efficace pour réduire l'anxiété, la dépression et la douleur physique, améliorant alors la qualité de vie de ces patients. Début 2008, 11 des 12 sujets de son étude, sponsorisée par le HRI, avaient fini leur traitement. Les résultats n'ont pas encore été publiés. Une étude soutenue par la MAPS est aussi en développement pour examiner la sécurité et l'efficacité de psychothérapie assistée par psilocybine chez neuf sujets avec une anxiété liée à un mélanome en phase I. L'étude se déroule au Centre anticancéreux Mt. Sinai (CAMS) à Miami, et l'investigateur principal est le psychologue clinicien Sameet Kumar, du Département

des services psychosociaux du CAMS. La FDA a émis un avis favorable, ainsi que le comité d'éthique de l'institution. L'étude commence au début 2008. Stephen Ross et Anthony Bossis, de l'École de médecine de l'Université de NewYork, sont sur le point d'entamer une étude sur l'utilisation de la psilocybine en fin de vie, pour évaluer la réduction de l'anxiété, de la dépression, de la douleur, et une plus grande acceptation de la mort. Roland Griffiths de l'Université Johns Hopkins de Baltimore (USA) recherche aussi l'effet de la psilocybine sur l'anxiété entourant le diagnostic de cancer; son étude est unique en ce sens qu'elle inclut des patients avec ou sans progression de la maladie.

La MAPS et la SAePT cosponsorisent une étude semblable, portant sur l'anxiété liée aux maladies menaçant la vie, ainsi que sur celle liée aux cancers en phase avancée, en utilisant le LSD plutôt que la psilocybine. Cette étude se déroule à Solothurn, en Suisse, sous la direction du Dr Peter Gasser (2007). Bien qu'il y ait eu des recherches plus anciennes montrant la sûreté et l'efficacité du LSD pour l'anxiété des patients cancéreux[2], aucun chercheur n'a pu effectuer un suivi de ces résultats durant les 35 dernières années. L'étude du Dr Gasser a été approuvée par le Comité d'éthique suisse et SwissMedic. L'étude doit aussi commencer début 2008. La MAPS a aussi joué un grand rôle pour lancer l'étude à l'école médicale de Harvard à l'hôpital McLean, visant à établir l'utilité de la psychothérapie assistée par le MDMA dans le traitement de l'anxiété associée à un diagnostic de cancer en phase avancée[3]. Le principal investigateur, le Dr John Halpern, veut enrôler 12 patients et a commencé à recruter des volontaires pour son étude. C'est la première étude clinique sur les PDL qui ait pu reprendre place à l'École médicale de Harvard depuis 1965.

La psilocybine chez les sujets atteints de TOC

Le Dr Francisco Moreno et ses collègues ont récemment étudié le potentiel thérapeutique de la psilocybine chez neuf patients souffrant de TOC[4]. L'équipe de Moreno entreprit cette recherche sur la base de quelques études de cas publiées antérieurement, faisant état de l'efficacité de la psilocybine dans cette indication[5]. Les sujets de son étude reçurent quatre doses différentes de psilocybine, allant de doses subpsychédéliques à franchement psychédéliques. Des réductions marquées de symptômes du TOC apparurent à des degrés divers chez tous les sujets de l'expérience, lors d'une ou plusieurs séances thérapeutiques.

Le LSD, le LSA et la psilocybine chez les sujets ayant des algies neurovasculaires de la face (ANF)

Les ANF, ou *cluster headache* dans la littérature anglo-saxonne, sont des types de maux de tête extrêmement douloureux (voir suicidogènes) et souvent résistants aux traitements. Cependant, des patients qui en souffraient découvrirent d'eux-mêmes une application potentielle des PDL dans le traitement de cette pathologie lourdement invalidante. Clusterbusters (clusterbusters.com), une organisation fondée par des gens souffrant d'ANF, est en train de motiver des recherches, soutenues par la MAPS, pour examiner la sûreté et l'efficacité du LSD, de la psilocybine ou des graines de *morning glory* contenant du LSA, pour interrompre les cycles de ANF ou pour prévenir la survenue d'attaques futures. Cette recherche a reçu un début de confirmation par l'étude d'une série de 53 patients[6] chez lesquels le LSD et la psilocybine permettaient non seulement l'arrêt d'une crise, mais aussi l'interruption d'un cycle tout entier et la prévention de la survenue d'autres cycles, ce que ne font pas ou très peu les autres médicaments classiquement utilisés jusqu'alors. Les trois substances psychédéliques peuvent aider les gens souffrant de ANF, avec quelques éléments semblant montrer une supériorité du LSD. Des protocoles pour étudier l'utilisation du LSD et de la psilocybine dans le traitement de la ANF sont actuellement en cours de développement et d'approbation à l'hôpital McLean, à l'École médicale de Harvard, sous la direction de l'investigateur principal, le Dr Halpern.

La psilocybine comme catalyseur d'expériences spirituelles

Les recherches antérieures montrant, de façon nette et régulière, les effets spirituels des PDL ont fourni la base pour l'étude de Griffiths, dont l'exemplarité méthodologique lui a valu beaucoup d'échos favorables (une fois n'est pas coutume) dans la presse. C'est ainsi que cette étude, soutenue par le Council on Spiritual Practices, a montré que la psilocybine favorisait l'apparition d'expériences spirituelles ou mystiques lorsqu'elle était administrée à des personnes ayant déjà une pratique religieuse ou spirituelle[7]. Du fait de l'impact médiatique de cette recherche, il fut plus facile pour d'autres études de lui emboîter le pas, et tout spécialement celle de la psychothérapie assistée par la psilocybine en développement au CAMS avec le Dr Kumar.

La MDMA dans les syndromes de stress posttraumatique

Des essais cliniques sur la psychothérapie assistée par MDMA pour les patients atteints de stress posttraumatique (PTSD) ont été propo-

sés récemment en Espagne, en Israël, en Suisse et aux États-Unis[8]. Les sujets de l'étude américaine atteints de stress posttraumatique et qui ont résisté aux autres approches thérapeutiques bénéficient de deux séances de 125 mg de MDMA ou bien d'un placebo (pour comparer), ainsi que de dix séances de psychothérapie sans prise de substance. Comme les événements traumatiques sont considérés comme la source d'épisodes dépressifs majeurs pour de nombreux patients, les résultats de ces essais cliniques seront donc aussi importants pour identifier de nouvelles approches pour le traitement de certaines formes de dépression. Les premiers résultats de ces études ont confirmé la sécurité d'utilisation de la MDMA dans un cadre psychothérapeutique et suggèrent que cette approche thérapeutique est efficace.

La kétamine dans le traitement des dépendances à l'alcool et à l'héroïne

Le Dr Evgeny Krupitsky, un chercheur russe, a montré des résultats très prometteurs pour le traitement des personnes dépendantes à l'alcool et à l'héroïne, grâce à l'utilisation du psychédélique dissociatif qu'est la kétamine[9]. Dans une étude cosponsorisée par la MAPS et le HRI, le Dr Krupitsky a trouvé que les sujets du groupe expérimental qui recevaient une haute dose de kétamine avaient un taux d'abstinence significativement plus grand, lors d'un suivi à deux ans, que les gens ayant reçu seulement une petite dose, subpsychédélique, de kétamine. Il a aussi trouvé que des séances multiples de thérapie assistée par la kétamine étaient plus efficaces qu'une seule séance, montrant ainsi que le modèle de « la dose unique miracle » devait être remplacé par un modèle plus réaliste de séances répétées dans le temps[10]. Malheureusement, du fait de l'augmentation de la consommation non médicale de la kétamine en Russie, et du refus du gouvernement russe de permettre la continuation des recherches avec cette substance pour le traitement de l'addiction, Krupitsky a dû interrompre son programme d'études. Mais, heureusement, un chercheur américain[11] a récemment repris le flambeau et mis en chantier deux essais cliniques, pour confirmer l'efficacité de la thérapie assistée par kétamine afin d' améliorer la prise en charge standard des dépendances à l'alcool (étude 1) et celle des dépendances aux opiacés (étude 2).

L'ibogaïne pour les sujets dépendants aux opiacés

Un grand nombre de « cliniques de l'ibogaïne » se sont ouvertes en Amérique du Nord et en Europe pour traiter les personnes souffrant d'addictions. Ce développement se base sur des témoignages person-

nels et sur les résultats de recherches chez les animaux, montrant que l'ibogaïne est efficace pour éliminer ou réduire les signes de sevrage aux opiacés[12]. La MAPS est actuellement en train se sponsoriser deux études descriptives de séries de cas, l'une qui s'effectue déjà, et l'autre encore en développement ; elles vont étudier l'efficacité au long cours de l'ibogaïne pour traiter les dépendances aux opiacés et aux autres drogues. Ces études d'observation vont suivre des patients déjà en train de recevoir un traitement en clinique, pendant douze mois après l'administration de l'ibogaïne. À partir des mêmes réflexions que le Dr Grof dans son utilisation du LSD pour traiter les sujets dépendants aux drogues, ces études vont faire tout particulièrement attention au contenu des expériences psychédéliques et à la relation de celui-ci avec le taux de réussite.

La science fondamentale pour la psilocybine, la DMT, l'ayahuasca, et la MDMA

Les scientifiques étudiant la perception, l'attention et l'activité cognitive continuent à examiner les effets de la psilocybine, de l'ayahuasca (le breuvage psychédélique sud-américain et la DMT, l'un de ses constituants) et de la MDMA chez l'humain. Travaillant dans l'équipe de recherche du Dr Vollenweider à l'université de Zurich, le Dr Olivia Carter et ses collègues ont étudié et publié des résultats sur les effets de la psilocybine sur la perception visuelle[13]. L'équipe de Zurich a aussi publié des résultats sur les effets subjectifs et physiologiques de différentes doses de psilocybine[14]. En Espagne, Jordi Riba et ses collègues ont étudié les effets physiologiques, électro-encéphalographique et subjectifs de l'ayahuasca lyophilisé[15].

Continuant dans la veine de ses premiers travaux, le Dr Gouzoulis-Mayfrank et son équipe sont en train de comparer et de différencier les effets cognitifs et subjectifs de la DMT de ceux de la kétamine[16]. Pendant ce temps, aux Pays-Bas, Kim Kuypers et ses associés étudient les effets aigus de la MDMA sur les habiletés liées à la conduite automobile, incluant l'attention visuelle, la perception et l'impulsivité[17].

Évaluation des psychédéliques dans une utilisation en groupe

Jusqu'ici, les résultats de recherche exposés concernaient le traitement psychédélique individuel, ou dans le cadre d'une pratique religieuse ou chamanique. Or il faut savoir que des travaux ont été

effectués sur des méthodes de thérapie de groupe assistées par PDL. Il en existe deux types principaux : la thérapie de groupe psycholytique et la thérapie de groupe psychédélique.

La thérapie de groupe psycholytique

Fontana (1961) a étudié l'utilisation de la psilocybine et du LSD dans des séances de groupes thérapeutiques chez plus de 240 patients. Des groupes de 7 à 8 patients se rencontraient régulièrement une fois par semaine pendant plusieurs mois et se voyaient offrir la possibilité de participer à des séances de thérapie de groupe psycholytique. Les patients se réunissaient dans une salle de clinique et recevaient des faibles doses de psilocybine (8-12 mg) ou de LSD (50-150 µg). Fontana (1963) décrit la dynamique d'une séance de groupe bien planifiée comme « comparable à celle d'un orchestre, en ce sens que les mélodies et rythmes de chacun servent à former un rythme collectif et une mélodie complète, n'interférant pas avec les mélodies individuelles ». Il reconnaissait des indications spécifiques pour la thérapie groupale, en cas de névroses de caractère (clarification et confrontation de mécanismes de défense qui autrement restent syntones au Moi), d'hypocondrie (une dissociation entre les aspects somatiques et psychiques est vécue sous l'influence des agents psycholytiques et aide le patient à reconnaître leurs effets interactifs), et pour les adolescents (confrontation intense avec des manifestations conflictuelles durant cette phase particulière de vie : relations au monde extérieur et sevrage de l'influence maternelle).

La thérapie de groupe psychédélique

Ici, on rejoint le concept de thérapie psychédélique comme celle développée par les psychothérapeutes américains utilisant le LSD[18]. Le cadre ressemble plus à celui des pratiques et rituels des cultes indigènes traditionnels : lumière légère, salles spécialement aménagées, préparation « semi-religieuse » (méditation, prières, visualisations, déclaration d'intentions positives, explicitation des motivations profondes pour faire l'expérience, attentes…), musiques et autres aspects favorables à l'absorption dans les expériences. Tout cela crée un sentiment de sécurité et établit un climat émotionnel favorable pour les participants. De plus, en contraste avec les méthodes psycholytiques, aucune interprétation psychodynamique ni aucune analyse de l'expérience ne s'effectue au moment même où elle se déroule.

On y administre des hautes doses pour induire des expériences religieuses qui provoquent des changements de personnalité. Le groupe

associé à Leary a ainsi recherché l'effet de hautes doses de psilocybine sur une centaine de sujets volontaires sains dans des contextes naturels (nature, maisons privées, églises)[19]. Cette première étude étant basée sur l'observation de ces sujets normaux, les thérapeutes commencèrent à travailler sur des sujets ayant des problèmes comportementaux (le projet de la prison Concord, doses de 20 à 70 mg de psilocybine)[20].

Le scientifique norvégien Alnaes (1965) a appliqué le protocole de Leary à un groupe de vingt patients névrotiques. Après préparation par des séances individuelles, les patients recevaient de 20 à 50 mg de psilocybine lors d'une séance de groupe, dans un cadre soutenant (salle à l'ambiance feutrée, confortable, avec des bougies et de la musique). Dans l'après-midi suivant immédiatement la séance, les expériences étaient discutées et interprétées dans un cadre groupal. Alnaes fait état de l'amélioration de ses patients mais ne fournit pas d'évaluation détaillée.

Le psychiatre mexicain Roquet utilisa aussi de la psilocybine en groupe. Il utilisa une procédure assez confrontante et émotionnellement bouleversante pour traiter des patients présentant des névroses de caractère, des troubles addictifs et des « névroses sexuelles » (selon la terminologie de l'époque). Neuf cent cinquante patients furent ainsi traités de cette manière, et, selon une étude scientifique de suivi des résultats, approximativement 80 % des personnes traitées connurent une amélioration évidente[21].

Glossaire

Accoutumance : Phénomène d'adaptation progressive du corps à une substance qui nécessite une augmentation des doses pour obtenir un effet.

Agoniste : Substance qui se lie à un récepteur et qui déclenche sa réponse.

Antagoniste : En électrophysiologie, un antagoniste est une molécule interagissant avec un récepteur membranaire et bloquant ou diminuant l'effet physiologique de la molécule agoniste qui ne peut alors plus agir sur ce récepteur. Si ces deux molécules agissent sur le même récepteur cellulaire, on parle alors d'« antagonisme compétitif ». Si l'antagoniste agit sur un autre site de fixation, on dira qu'il est non compétitif.

Aveugle (en) : Essai thérapeutique « en aveugle » : méthode d'étude d'un nouveau traitement médical, dans laquelle les patients ignorent s'ils reçoivent le nouveau ou l'ancien médicament. *Voir Double aveugle.*

Bad trip : Aussi appelé « mauvais voyage », correspond à une expérience psychédélique qui a été très difficile pour le consommateur, qui a dû traverser d'intenses émotions négatives (peur, désespoir, etc.), ou qui a dû affronter des visions, des images, des souvenirs ou des pensées particulièrement perturbants. Il désigne, dans le langage populaire, l'ensemble des situations pénibles pouvant apparaître à la suite de la prise d'une substance psychoactive. D'un point de vue plus médical, un *bad trip* est un accident psychique différent du simple mauvais vécu d'une expérience. Il correspond à un réel traumatisme pour l'usager, qui laisse alors un souvenir marquant pouvant aller jusqu'à la reviviscence, même bien à distance de l'expérience initiale.

Chamane : Le chamane est un prêtre guérisseur, dans diverses sociétés primitives, communiquant avec les esprits en pratiquant la transe avec ou sans substance psychédélique. Il exerce une fonction spirituelle, médi-

cale et divinatoire, au service de sa communauté. Il va chercher, dans d'autres mondes, des informations et des forces curatives, qu'il ramène dans le monde ordinaire pour y opérer les changements souhaités. C'est le spécialiste du « passage à volonté » d'un monde à l'autre, capable de garder le contrôle dans chacun des mondes. Dans le monde ordinaire, il a tout à fait les pieds sur terre, et un chamane qui ne réussirait pas dans les affaires de la vie quotidienne serait déconsidéré par sa communauté. Ce n'est donc pas un psychotique déguisé en sorcier, comme l'ont inconsidérément qualifié les anthropologues et psychiatres modernes.

***Curandero* (homme), *curandera* (femme)** : Terme équivalent à chamane, en espagnol.

Dépendance : État de besoin d'une personne à l'égard d'une substance à la suite de sa consommation périodique ou continue. Lorsqu'on parle aujourd'hui de « dépendance », on fait le plus souvent allusion à un état psychique et/ou physique résultant de la consommation d'une substance : alcool, tabac, somnifères, tranquillisants, cocaïne, héroïne, etc., dont on ne peut plus se passer. Des pulsions difficilement contrôlables poussent la personne dépendante à retourner à sa drogue de façon continue ou ponctuelle pour en retrouver les effets (apaisants, euphorisants ou excitants) et fuir le malaise prévisible que causerait le sevrage (état de manque).

Dopamine : La dopamine est l'une des nombreuses substances chimiques qui sert de neurotransmetteur dans le cerveau. Elle intervient dans le désir et la sensation de plaisir. C'est probablement le neurotransmetteur le plus impliqué dans les mécanismes de la dépendance.

Double aveugle : Méthode d'étude d'un médicament ou d'une procédure dans laquelle ni les sujets ni les enquêteurs ne savent qui reçoit effectivement le traitement en question.

Drogues : Produits, interdits pour la plupart, qui perturbent le comportement, la santé et rendent dépendant. Un psychédélique (ou hallucinogène) n'est pas une drogue car il n'est pas toxique (dans les conditions d'usage recommandées) et ne rend pas dépendant.

Enthéogène : Un enthéogène est un hallucinogène. Lorsqu'un hallucinogène engendre (-gen) Dieu ou l'Esprit (-theo) à l'intérieur de soi (-en), on dit qu'il est enthéogène. Ce terme a été proposé en 1979 par Robert Gordon Wasson et J. Ott pour évoquer « la libération ou l'expression d'un sentiment divin à l'intérieur de soi ».

Essais cliniques, phases I à III : Les nouveaux médicaments doivent franchir trois étapes cliniques avant d'être mis sur le marché. Dans les études de phase I, les investigateurs testent une nouvelle substance

dans un petit groupe de volontaires sains (20-60) pour la première fois, pour en évaluer la sécurité, déterminer la fourchette des doses bien tolérées et identifier les effets secondaires. Dans la phase II, la substance étudiée est donnée à un plus grand groupe de malades (100 à 400) pour en connaître l'efficacité. En phase III, la taille du groupe thérapeutique s'étend à de nombreux patients (1 000 à 4 000), pour confirmer la sécurité et l'efficacité de la substance, et la comparer à des traitements habituellement prescrits dans le même type de pathologie étudiée.

États modifiés de conscience (EMC) : Sous l'étiquette « états modifiés de conscience » (EMC) on rassemble un certain nombre d'expériences au cours desquelles le sujet a l'impression que le fonctionnement habituel de sa conscience se dérègle et qu'il vit un autre rapport au monde, à lui-même, à son corps, à son identité (Georges Lapassade). Pour désigner le dérèglement de ce rapport au monde, les Anglo-Américains utilisent l'expression Altered State of Consciousness (ASC), c'est-à-dire « état altéré de conscience ». Mais, craignant que cette notion d'altération de la conscience ne soit entendue comme un symptôme pathologique, la plupart des auteurs francophones lui ont préféré celle de modification.

Étude contrôlée : Essai expérimental ou clinique dans lequel deux groupes sont utilisés pour permettre une comparaison. Dans une étude contrôlée contre placebo (souvent appelée simplement étude contrôlée), on donne le médicament ou le traitement à tester aux personnes du groupe « de traitement » tandis que le groupe témoin reçoit un placebo ou un traitement différent.

Flash-back : Aussi appelé « retour d'acide », se dit du retour inattendu de certains effets d'une substance psychédélique, longtemps après qu'elle a disparu du corps. C'est une répétition spontanée et transitoire de certains aspects de l'expérience induite par le psychédélique en son absence. Ils peuvent être de nature perceptive, somatique ou émotionnelle. Ils sont le plus souvent bien vécus par l'usager.

Hallucinogène : Adjectif qui, qualifiant une substance, signifie que celle-ci provoque des troubles sensoriels qui donnent l'impression de percevoir des choses qui n'existent pas. Il s'agit là d'un qualificatif impropre, au sens strict du terme, vis-à-vis des substances psychédéliques.

Holistique : En médecine ou en psychologie, cet adjectif qualifie une méthode qui appréhende l'individu comme un tout et traite le corps comme une entité unique et non par organes distincts, en privilégiant les interactions qui unissent le physique, l'émotionnel, le mental et le spirituel.

Néochamanisme : Pratiques dans lesquelles le thérapeute lui-même se met en état modifié de conscience, grâce à des techniques issues des traditions chamaniques universelles, pour améliorer ses capacités diagnostiques et thérapeutiques. C'est un terme impropre, laissant entendre qu'il s'agirait d'une nouvelle forme de chamanisme, alors que c'est du chamanisme traditionnel mais enseigné à des néophytes.

Neurotransmetteur ou neuromédiateur : Petite molécule assurant la communication entre les cellules du cerveau (les neurones). Variété d'hormone servant de messager, permettant le passage de l'influx nerveux d'une cellule nerveuse vers une autre cellule nerveuse ou vers d'autres cellules de l'organisme. Un neurotransmetteur se fixe sur un récepteur pour pouvoir agir. Une métaphore : le neurotransmetteur est la clef qui ouvre la serrure du récepteur.

Noradrénaline : Neurotransmetteur précurseur de l'adrénaline, présent dans les tissus nerveux. Il a une fonction vasoconstrictrice, hypertensive.

PAP : Abréviation pour « psychothérapie assistée par les substances psychédéliques ».

PDL : Abréviation pour « substance psychédélique ».

Placebo : Préparation inactive que l'on substitue à un médicament. L'effet placebo est l'écart positif constaté entre le résultat thérapeutique observé et l'effet thérapeutique prévisible en fonction des données strictes de la pharmacologie.

Placebo actif : Un placebo qui simule les effets secondaires reconnaissables de la substance expérimentale testée.

Psychotrope : Substance qui agit sur le psychisme. Selon Jean Delay en 1957, « on appelle psychotrope, une substance chimique d'origine naturelle ou artificielle, qui a un tropisme psychologique, c'est-à-dire qui est susceptible de modifier l'activité mentale, sans préjuger du type de cette modification ».

PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) ou état de stress posttraumatique : L'Association américaine de psychiatrie définit l'état de stress posttraumatique comme « un état morbide survenu au décours d'un événement exceptionnellement violent, capable de provoquer de la détresse pour quiconque. Par exemple, être menacé pour sa vie ou pour celle de ses proches, être agressé, être victime d'un accident ou d'une catastrophe ». Il existe souvent un temps entre l'événement stressant et la survenue de l'ESPT : la « phase de latence ». Il comporte trois principaux syndromes : (1) Le syndrome de répétition dit aussi de reviviscence : sa présence signe l'état de stress posttraumatique ;

(2) Le syndrome d'évitement : le sujet fait des efforts importants pour éviter toute pensée, conversations ou situations associées au traumatisme ; (3) Le syndrome d'hypervigilance anxieuse : le sujet reste en état d'alerte permanent.

Récepteur : Protéine, généralement située à la surface des cellules, capable de fixer une molécule informative (médiateurs chimiques, neurotransmetteurs, hormones…) et de convertir ce message extracellulaire en signal intracellulaire, entraînant une réponse de la part de la cellule.

Sérotonine : La sérotonine est un neurotransmetteur qui intervient probablement dans la régulation du sommeil, de l'appétit et de l'humeur : les personnes déprimées ou anxieuses ont souvent un déficit de sérotonine.

Synapse : La synapse est la zone de contact entre deux neurones (ou entre un neurone et une cellule). C'est elle qui permet aux signaux électriques de circuler d'un neurone à l'autre, d'un neurone à un muscle.

Syndrome de sevrage : Réaction due à la privation brutale d'une substance (médicament, toxique, alcool…) à laquelle l'organisme a été habitué. Une forme particulière de syndrome de sevrage est le « manque » ressenti par les héroïnomanes lorsqu'ils sont privés de drogue.

Tolérance : Nécessité de progressivement augmenter les doses d'une substance pour continuer à en retirer les mêmes effets.

Transcendantal : Terme de philosophie qui s'appuie sur des données supérieures aux impressions sensibles et à l'observation. Se dit des principes de la connaissance qui se trouvent dans l'esprit antérieurement à toute expérience.

Transpersonnelle (psychologie et psychiatrie) : Le transpersonnel se décline en une expérience, un état et un mouvement. L'expérience transpersonnelle est la possibilité de vivre des états de conscience sans moi. Par changement d'identification, le sujet se désindividualise et s'identifie momentanément à d'autres réalités que son ancien moi. L'état transpersonnel est atteint lorsqu'une personne dépasse de façon permanente son petit moi individuel, ou ego, pour s'unir à l'Absolu non personnel (Déité de Maître Eckhart, Soi, atman/Brahman, Bouddhéité, conscience cosmique…). Le mouvement transpersonnel réalise l'étude scientifique des états non ordinaires de conscience. Il continue et renouvelle par là la psychologie des religions et l'étude de la mystique comparée.

Notes

INTRODUCTION

1. Strassman, 1991, 1995 ; Mash et coll., 1998 ; Grob, 1998a ; Grob et col., 1996a.

2. Études suisses sur la MDMA, la psilocybine, la kétamine et le LSD, études allemandes sur la psilocybine, études russes sur la kétamine, études hollandaises sur le LSD et l'ibogaïne, études espagnoles sur la MDMA, la sauge divinatoire et l'ayahuasca, études israéliennes sur la MDMA et l'ibogaïne, étudesbrésiliennes sur l'ayahuasca…

3. Les seules publications françaises sérieuses et bien documentées que j'aie pu repérer en français viennent du groupe de Sueur et coll. (1999, 2000) et sont disponibles sur le site « toxibase » dans les dossiers « Thema » (www.toxibase.org).

4. Gable, 1993.

5. Gagnon, 1989 ; Sueur, 2000.

6. Passie, 1997.

7. Grob, 1984 ; Grof, 1994 ; Grinspoon et Bakalar, 1997 ; Halpern, 2003.

8. Aaronson et Osmond, 1970 ; Grinspoon et Bakalar, 1979, 1983.

9. Grinspoon et Bakalar, 1997 ; Walsh et Grob, 2005.

10. La DMT est présente dans de nombreux végétaux et dans le cerveau de tous les mammifères.

11. Strassman, 1994 ; Strassman, 2005 ; Strassman et Qualls, 1994.

12. The Multidisciplinary Association for *Psychedelic* Studies.

13. Jacques Maritain, *Le Songe de Descartes*, Paris, Buchet-Chastel, 1965.

CHAPITRE I

1. Partie la plus élaborée, la plus étendue et la plus récente de l'écorce cérébrale qui recouvre les faces latérales du cerveau.
2. Kounen, Ravalec & Narby, 2008.
3. Mabit, 1998.
4. *In* : Strassman et coll., 2008.
5. *In* : Harner M., *Hallucinogènes et chamanisme*, édition française, 1997.
6. Schultes and Hofmann, 1979.
7. House, 2007.
8. Frecska, 2007.
9. Shanon, 2002.
10. Jansen, 2004.
11. Valla, 1992.
12. Sueur et coll., 1999.
13. Quaranta, 1999.
14. Sueur et coll., 1999.
15. Les plantes atropiniques (jusquiame, datura, mandragore, belladone, etc.) sont dangereuses pour le non-initié et ne feront pas l'objet de ce livre.
16. Gable, 1993.
17. Chiappe et Mario, 1976.
18. Hodgson et Maggi, 1997.
19. Kurland, 1967 ; Albaugh, 1974.
20. Strassman et coll., 2008.
21. Chilcoat & Schutz, 1996.
22. Henderson, 1994 ; Chilcoat & Schutz, 1996.
23. Goldberg, 2001 ; Nichols, 2004.
24. Sueur et coll, 2000.
25. Leary et coll., 1963.
26. Grobois, 1988.
27 Pahnke et coll., 1970b.
28. Image eidétiqu : image hallucinatoire caractérisée par sa très grande netteté.
29. Hofmann, 1983.
30. Hasler, 2009.
31. Processus par lequel le client reporte sur son thérapeute un sentiment qu'il éprouve ou qu'il a éprouvé pour une autre personne.
32. Hood et coll., 1993.
33. Jansen, 2004.
34. Nichols, 2004.
35. Vollenweider et coll., 1997a.
36. Hermle et coll., 1998.

37. Vollenweider et coll., 1997b.
38. Brown, 2009.
39. Hasler, 2009.
40. 2001.
41. 1990, 1993.
42. Shulgin, 2001.
43. Strassman, 2001.
44. Dow, 1986.
45. Lévi-Strauss, 1958.
46. Mabit, 2001.
47. Jansen, 2004.
48. Johnson et coll., 2008.
49. Schultes et coll., 2001.
50. Pahnke, 1963 ; Griffiths, 2006.
51. Nichols, 2004.

CHAPITRE II

1. Mangini, 1998 ; De Rios et coll., 2002 ; Nichols, 2004.
2. « Union du végétal », Église brésilienne syncrétique utilisant l'ayahuasca comme sacrement.
3. Native American Church, Église des Indiens natifs d'Amérique du Nord, utilisant le peyotl comme sacrement.
4. O'Brien, 2001.
5. Wise, 1998.
6. Griffiths et coll., 1980 ; Fantegrossi et coll., 2004.
7. National Institute of Drug Abuse, 2001.
8. Shapiro, 1996.
9. Sklerov et coll., 2005.
10. Callaway et coll., 2006.
11. Callaway et coll., 1999b ; Grob et coll., 1996b.
12. Pinchbeck, 2003.
13. Frecska, 2007.
14. Ravalec, 2004.
15. Kalant, 2001.
16. À l'exception des glycolates naturels, comme le *Datura*, qui pourtant est encore légal aux États-Unis.
17. Isbell, 1959 ; Strassman et Qualls, 1994 ; Nichols, 2004.
18. Passie et coll., 2000.
19. P. 77.
20. Le risque de mourir en pratiquant le saut en parachute est 29 fois plus élevé qu'en consommant de l'ecstasy (Saunders, 1996).
21. Grinspoon & Bakalar, 1979.

22. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.
23. De Vry, 1995.
24. Farber et coll., 1998.
25. De Sarro et coll., 1993 ; Domenici et coll., 1996.
26. Alper, 2001.
27. Olney, 1997.
28. Sanchez-Ramos, 1991.
29. Grob et coll., 1996.
30. Metzner, 2006.
31. Strassman, 1984.
32. Frecska, 2007.
33. Grinspoon et Bakalar, 1979 ; Strassman, 1984.
34. Poole et Brabbins, 1996.
35. Jansen, 2004.
36. Strassman, 1995.
37. Metzner et coll., 1965.
38. Riedlinger T., Riedlinger J., 1994 ; Montagne, 2007.
39. Nichols, 2004.
40. Glass, 1973.
41. Strasmann, 1984.
42. McCabe, 1977 ; Grof, 1994.
43. Johnson et coll., 2008.
44. Technique utilisant les mouvements des yeux pour désensibiliser et retraiter les séquelles de traumatismes.
45. McCabe, 1977 ; Grinspoon et Bakalar, 1979 ; Strassman, 1984.
46. Strasmann, 1984.
47. Keeler et Reifler, 1967 ; Reynolds et Jindrich, 1985 ; Reitman et Vasilakis, 2004 ; O'Brien, 2006.
48. Johnson et coll., 2008.
49. Mabit et coll., 1995.
50. Grof, 1976, 1980, 1985 ; Grof et Benett, 1993 ; Yensen et Dryer, 1996.
51. Kirzin et coll., 2008.
52. Lerner et coll., 2002, Baggott et coll., 2006.
53. McGlothin et Arnold, 1971.
54. Grof, 2008.
55. Myers et coll., 1998 ; Sueur et coll. 2000.
56. Dobkin De Rios et coll., 2005.
57. Calabrese, 2007 ; Feeney, 2007.
58. McKenna, 2007.
59. Mc Cann *et al.*, 1994.
60. Grof, 2008.
61. Même si, pour Leary, il s'agissait souvent de « second degré ».
62. Dekorne, 1994.

63. Union nationale des associations de défense des familles et de l'individu victimes de sectes.
64. Chambon et Marie-Cardine, 1999.
65. Harner, 1980.
66. Laurent Hughelit, communication personnelle.
67. *Quantum Theory,* 1951.
68. *L'Univers est un hologramme*, 2007.
69. Zohar, 1991.
70. Cohen, 1960 ; Johnson, 2008.
71. Rossow et coll., 1999.
72. Sjogren et coll., 2000.
73. Alors que d'autres facteurs plus nocifs, d'autres substances, ou des souffrances psychologiques ou sociales antérieures étaient en jeu.
74. Muneer, 1978.
75. Cheyene, 2006.
76. Ce qu'ils sont, je vous le confirme, j'en ai croisé.
77. Buchert et coll., (2003).
78. Dont Kish, 2003.
79. Gouzoulis-Mayfranck et Daumann, 2006.
80. Ravalec, 2004.

CHAPITRE III

1. Grob, 1998 ; Grob et coll., 1998.
2. L'ibogaïne, qui n'est qu'un des nombreux alcaloïdes psychoactifs de l'iboga, peut, elle, être utilisée dans un modèle de soin occidental classique, dans le cadre de cliniques spécialisées, par exemple.
3. Shapiro *et al.*, 1972 ; Reich et Silvay, 1989 ; Ross et Fochtman, 1995 ; Dachs et Innes, 1997 ; Bauman *et al.*, 1999 ; Ersek, 2004.
4. Siegal, 1978.
5. Khorramzadeh et Lofty, 1976 ; Moore et Altounian, 1978 ; Weil et Rosen, 1983 ; Lilly, 1988 ; Krystal *et al.*, 1994, Krupitsky et Grinenko 1997.
6. Kungurtsev, 1991.
7. 1988.
8. Lilly, 1988, pp. 168-175.
9. 1991.
10. 1974.
11. 1991.
12. Échelles de Changements vitaux omega de Kenneth Ring ; Échelle d'autoévaluation de la spiritualité de Charles Whitfield.
13. Sous-échelles du MMPI, échelles d'anxiété et de dépression de Zung.

14. Berman et coll., 2000.
15. Échelle de dépression de Hamilton
16. Kudoh et coll., 2002.
17. Cette substance est de plus en plus préconisée dans cette indication car elle réduit le risque d'effets secondaires cognitifs.
18. Zarate et coll., 2006.
19. Liebrenz et coll., 2007.
20. Yilmaz et coll., 2002 ; Garcia et coll., 2008.
21. Krupitsky et coll., 1992, ; Krupitsky et Grinenko, 1997.
22. Krupitsky et coll., 2007.
23. Halpern, 1996.
24. Krupitsky et coll., 1992, 1997, 2002.
25. Shipilenia et coll., 1984.
26. Lathi et coll., 1995 ; Malhotra et coll., 1997.
27. Lahti et coll., 2002.
28. Arvanov et Wang, 1998.
29. Krupitsky et coll., 1990.
30. Garcia et coll., 2008.
31. Sanacora et coll., 2003 ; Paul & Skolnick, 2003.
32. Khorramzadeh et Lofty, 1973 ; Grinspoon et Bakalar, 1979 ; Grof, 1980, Strassman, 1995.
33. Corrington, 1989 ; Halpern, 1996 ; Krupitsky et Grinenko, 1997.
34. Développée par Strassman et coll., 1994.
35. Strassman, 1996.
36. Leuner, 1977.
37. Jansen, 1997, 2001.
38. Lilly, 1988 ; Jansen, 1967, 2001
39. Ring, 1984
40. Krupitsky et Grinenko, 1997
41. Kolp et coll., 2006.
42. Krupitsky et Grinenko, 1997.
43. Carr et coll., 2004.
44. Préface dans Adamson, 1985.
45. N'oublions pas que l'objectif des PDL est de se passer par la suite de tout médicament, en provoquant un changement intérieur profond en seulement une ou quelques séances.
46. Liester et coll., 1992.
47. Harlow et Beck, 1990.
48. Comme toutes les substances ayant un pôle amphétaminique, la MDMA est anorexigène : à l'origine, le brevet déposé en 1914, par la firme pharmaceutique allemand Merck qui l'avait synthétisée en 1912, devait concerner un médicament « coupe-faim ».
49. Holland, 2001, p. 12.

50. 1997 ; paramètres physiologiques et psychologiques auto-observés chez des usagers festifs.

51. 1986 ; paramètres physiologiques mesurés chez des volontaires normaux.

52. 1996a, 1998 ; étude dose/réponse des paramètres physiologiques et psychologiques en comparant un placebo, une dose moyenne de MDMA et une dose forte.

53. 1998, paramètres physiologiques et psychologiques lors d'une étude contrôlée contre placebo en double aveugle.

54. Lester et coll., 2000 ; Harris et coll., 2002.

55. Gamma et coll., 2000 ; Frei et coll., 2001.

56. Liechti et coll., 2001 ; Tancer et Johanson, 2003.

57. Green, 2004.

58. Sessa et Nutt, 2001.

59. O'Shea et coll., 1998.

60. Chance, 1947.

61. Sherlock et coll.

62. 2006, p.103.

63. Cohen, 1960 ; Malleson, 1971.

64. Gamma et coll, 2000.

65. Metzner et Adamson, 2001.

66. 2004, 2006.

67. Mithoefer, 2007.

68. Oehen, 2006.

69. Avec le psychiatre Moshe Kotler : Mojeiko, 2006.

70. Grob, 1998.

71. Halpern, 2006.

72. Sueur et coll., 1999b.

73. K. Jansen, 2001, livre ecsta, p. 102.

74. Deniker et coll., 1971.

75. Notons qu'aucune complication psychotique n'est survenue avec la MDMA lors de son utilisation médicale.

76. Mc Glothlin et Arnold, 1971.

77. Delay et Benda, 1958.

78. Voir notamment Chandler et Hartmann, 1960.

79. Kast et Collins, 1964, 1966.

80. Sandison et Spencer, 1954.

81. Robinson et coll., 1963 ; Denson et Sydiaha, 1970 ; Soskin, 1973.

82. Soskin et coll., 1973.

83. Hoffer, 1967.

84. Pahnke et coll., 1970, Grof, 1975 ; Yensen et Dryer, 1993/1994.

85. Yensen et coll., 1976 ; Yensen, 1994.

86. Maalste N. et Ossebaard H., 1998-1999.

87. Dr Kurland et coll.
88. Ludwig et coll., 1970.
89. Kurland et coll., 1967, 1971.
90. Pahnke et coll., 1970.
91. Savage et McCabe, 1973.
92. Hollister et coll., 1969.
93. Halpern et coll., 2005.
94. Dobkin De Rios et coll., 2005.
95. Kast, 1963.
96. Kast et Collins, 1964.
97. Kast, 1967.
98. Pahnke, 1969 ; Grof et coll., 1973 a, b ; Yensen, 1975 ; Grof et Halifax, 1977 ; Richards et coll., 1977 ; Kurland, 1985.
99. Pahnke, 1969.
100. *La Rencontre humaine avec la mort*, Éditions du Rocher, Les Confins de l'Étrange, Monte-Carlo, 1982.
101. Grof et coll., 1973.
102. Phifer, 1977.
103. Perception douloureuse d'un membre qui a été amputé.
104. Fanciullaci, 1977.
105. Kuromaru, 1962.
106. La *sérendipité* est le don ou la faculté de trouver quelque chose d' imprévu et d'utile en cherchant autre chose.
107. Sewell et Halpern, 2007.
108. Moreno et Delgado, 1997 ; Delgado et Moreno, 1998
109. Doblin et coll., 1999.
110. Metzner, 2004.
111. Presti et Nichols, 2004.
112. Delay *et al.* 1959, 1961, 1963 ; Quetin, 1960 ; Vernet, 1960 ; Duche, 1961.
113. Malitz *et al.*, 1960 ; Rinkel *et al.*, 1961 ; Aguilar, 1963.
114. Isbell, 1959 ; Malitz et coll., 1960 ; Rinkel et coll., 1960 ; Hollister, 1961.
115. Leary et coll. 1963 ; Metzner et coll., 1965 ; Pahnke, 1969b.
116. Leary, 1961 ; Metzner et coll., 1963 ; Pahnke, 1962.
117. Leary et coll., 1963 ; Metzner et coll., 1963, 1965.
118. Leary et coll., 1965, 1968.
119. Doblin, 1998.
120. Pahnke, 1966, 1969.
121. Doblin, 1990.
122. Hasler et coll., 2004.
123. Vollenweider et coll., 1998 ; Gouzoulis-Mayfrank et coll., 1999 ; Hasler et coll., 2004 ; Carter et coll., 2004, 2005.
124. Carter et coll., 2004, 2005, 2007 ; Wittmann et coll., 2007.

125. Mots qui peuvent faire peur *a priori*, mais qui signifient seulement que les conditions psychiques pour vivre une expérience mystique sont réunies.

126. Vollenweider et coll., 1997.

127. Griffiths et coll., 2006.

128. Brandrup et Vanggaard, 1977 ; Hanes, 1996 ; Leonard et Rapoport 1987 ; Moreno et Delgado, 1997.

129. Moreno et coll., 2006, Moreno et Delgado, 2007.

130. El Mansari et Blier, 2005 ; Gresch et coll., 2005.

131. Rousseau, 2000.

132. Breitbart et coll., 2000.

133. Breitbart et coll., 2004.

134. Grob, 2005.

135. *Plantes et chamanisme*, 2007.

136. Comme le très beau témoignage du psychothérapeute Jean-Marie Delacroix, 2000.

137. Comme, par exemple, l'excellent travail réalisé dans le centre Takiwasi au Pérou, par l'équipe du Dr Jacques Mabit, qui au départ avait même été soutenu par l'État français.

138. Luna,1984.

139. Pinchbeck, 2002.

140. Callaway et coll., 1999.

141. Grob et coll., 1996

142. Dobkin De Rios et coll., 2005.

143. Callaway et coll., 1994.

144. Tiihonen et coll., 1997 ; Mantere et coll., 2002.

145. Doering-Silveira et coll., 2005.

146. Mauler et coll., 1999.

147. Smith et coll., 1998.

148. Callaway, 1996.

149. Callaway et coll., 1999.

150. Grob et coll.,1996.

151. Giove, 2002.

152. Sauf pour des raisons extérieures à l'ayahuasca ; ainsi, en janvier 2009, deux touristes italiens ont été découpés en tronçons par des criminels en Amazonie, ceux-ci les ayant préalablement « surdosés » en ayahuasca. Avec une intention criminelle, tout peut devenir mortel, y compris un simple lacet. Faut-il pour autant arrêter de porter des chaussures à lacets ? Peut-on raisonnablement incriminer l'ayahuasca dans cette affaire ?

153. Par exemple le site « Psychothérapie Vigilance », créé par une personne qui n'est ni médecin ni psychothérapeute, et qui présente, sur certains sujets, ses fantasmes, sans l'apport d'aucune base de données fiable.

154. Denys, 2005.
155. Santos et coll., 2007.
156. L'« anxiété trait » est une anxiété passagère, liée à la situation ; « l'anxiété état » est l'anxiété sous-jacente chronique, liée à la personnalité.
157. Sanchez-Ramos, 1991.
158. Bois-Mariage, 2002 ; Mabit, 2007.
159. Sklerov et coll., 2005.
160. Callaway et coll., 2006.
161. Dans toute l'Amazonie occidentale hispanophone, le terme castillan utilisé pour désigner l'ayahuasca est *la purga*, la purge.
162. Callaway et Grob, 1998.
163. Sternbach, 1991.
164. Callaway, 1999.
165. Copland et Gorman, 1993.
166. Bois-Mariage, 2002.
167. Barbosa et coll. (2005).
168. Barbanoj, Riba et coll., 2008.
169. Frecska et coll., 2003.
170. Frecska et coll., 2004.
171. Stuckey et coll., 2005 ; Joffe et coll., 2005.
172. Lutz et coll., 2004.
173. Newberg et D'Aquili, 2001.
174. Sueur et coll., (1999).
175. Ravalec, 2004.
176. Bocher et Naranjo, 1969.
177. Lotsof, 1985.
178. Si un animal s'administre de lui-même, de façon compulsive, une substance, c'est qu'il y est devenu dépendant.
179. Plusieurs millions de dollars investis, Vastag, 2002.
180. Mash et coll., 1998.
181. Alper et coll., 2001a.
182. Lotsof, 2006.
183. Maisonneuve et Glick, 2003.
184. *Rapid Eye Movement* ou mouvements rapides des yeux du sommeil paradoxal, le sommeil des rêves.
185. La dopamine étant l'un des neuromédiateurs les plus impliqués pour expliquer la dépendance aux drogues.
186. Maisonneuve et Glick, 2003.
187. Alper, 2001.
188. Ce qui veut dire qu'elle bloque partiellement et sélectivement leur action.
189. Ravalec, 2004.
190. Alper et Lotsof, 2007.

191. Ravalec, 2004.
192. Sheppard, 1994 ; Alper et coll., 1999 ; Halpern, 2003.
193. Dzoljic et coll., 1988 ; Glick et coll., 1992 et 1996 ; Cappendijk et coll., 1994 ; Rho et Glick, 1998 ; Parker et Siegel, 2001 ; Leal, 2003 ; Panchal et coll., 1999 ; Alper et coll., 2001a ; Mash et coll., 2001.
194. Alper et coll., 1999 et 2001a ; Mash et coll., 2001.
195. Glick et coll., 1991, 1994, 1996b ; Maisonneuve et Glick, 1999 ; Pace et coll., 2004.
196. Capendijk et Dzoljic, 1993 ; Glick et coll., 1994.
197. Maisonneuve et coll., 1992.
198. Glick et coll., 2000 ; Pace et coll., 2004.
199. Rezvani et coll., 1995, 1997 ; He et coll., 2005.
200. Glick et coll., 1998, 2000.
201. Ravalec, 2004.
202. Alper et coll., 1999.
203. Mash et coll., 2001.
204. Alper, 2001.
205. Alper et coll., 1999.
206. Mash et coll., 2001.
207. Sheppard, 1994.
208. Alper et Lotsof, 2007.
209. O'Hearn et Molliver, 1997 ; Xu et coll., 2000.
210. Molinari et coll., 1996 ; Mash et coll., 1998.
211. Mash et coll., 1998.
212. Pour revue : Alper, 2001.
213. Ravalec, 2004.
214. Alper et coll., 2001 ; Stolaroff, 2004.
215. Naranjo, 1973.
216. Delorenzi et coll., 2002.
217. Silva et coll., 2004.
218. Dekorne, 1994.
219. McKenna, 2006.
220. Service de santé indien, 2004.
221. Siskin, 1983 ; Hill, 1990 ; Aberle, 1991.
222. Schultes, 1938 ; La Barre, 1970 ; Roy et coll., 1970 ; Roy, 1973 ;
223. Halpern, 2004 ; Halpern et coll., 2005.
224. Chiappe et Mario, 1976.
225. Hodgson et Maggi, 1997.
226. Winkelman, 2007.
227. Wasson, 1962 ; Valdes et coll., 1983.
228. Epling et Jativa, 1962 ; Wasson, 1962.
229. Roth et coll, 2002 ; Butelman et coll., 2004.
230. Roth et coll., 2002 ; Sheffler et coll., 2003.

231. Tang et Collins, 1985.
232. Gonzales et coll., 2006.
233. Dennehy et coll., 2005.
234. Siebert, 1994 ; Ott, 1995.
235. Gonzales et coll., 2006.
236. Hanes, 2001.
237. Riba et coll., 2002b.
238. Abraham et coll, 1996 ; Halpern et Pope, 1999.
239. Grof, 2008.
240. Zinberg, 1984.

CHAPITRE IV

1. *Cf.* références au chapitre II.
2. *Ibid.*
3. Préface du livre de Grof, 2008.
4. Gnoli et Volpi, 2006.
5. Hofmann, dans Gnoli et Volpi, 2006.
6. Grof, 2008.
7. Kungurtsev, 1991 ; Krupisky et Grinenko, 1997.
8. House, 2007.
9. Roberts, 2001.
10. Griffiths et coll., 2006.
11. Goldsmith, 2007
12. 2001, *in : Psychoactive sacramentals*, p. 11 à 16.
13. Grof, 2008.
14. Docteur en médecine, professeur de psychologie et de philosophie, il s'efforce tout d'abord de constituer une psychologie scientifique (*Principes de psychologie*, 1890), puis défend les principes du pragmatisme, dont il est un des leaders.
15. Mabit, 2007.
16. Weil, 1986 ; Reidlinger, 1990 ; Schultes et Hofmann, 1992 ; Devereux, 1997 ; Arthur, 2000.
17. Ses hypothèses viennent d'être confirmées par le travail d'Irvin J. et de Herer J., *The Holy Mushroom*, 2008, BookSurge Publishing.
18. *Cf.* aussi Heinrich C., 2002.
19. Valla, 1983.
20. Morin, 2008.
21. Lee et Shlain, 1985.
22. Miller et C' De Baca, 2001 ; C' De Baca et Wilbourne, 2004 ; Forcehimes, 2004.
23. Pahnke et Richards, 1966 ; Pahnke, 1972.
24. Chwelos et coll., 1959 ; Kurland et coll., 1971 ; Savage et McCabe,

1973.

25. Pahnke et coll., 1969 ; Richards et coll., 1977.

26. Pinchbeck, 2002.

27. Mangini, 1998.

28. Pursch, 1997.

29. House, 2007.

30. House, 2007.

31. Kounen, Narby, Ravalec, 2008.

32. P. 57.

33. P. 61.

34. Et être prisonnier de la non-expérience, c'est encore autre chose…

35. Édition française : 2003.

36. Stolaroff, 2001.

37. Kounen et coll, 2008.

38. Dekorne, 1994.

39. Ou *Salvia divinorum*, puissant enthéogène sans aucun risque, heureusement encore légal en France.

CHAPITRE V

1. Prétendument « primitives », mais en réalité bien en avance sur nous au niveau spirituel et écologique.

2. Quand il ne nuit à personne ni à lui-même, ajouterais-je.

3. Une dose de LSD coûterait 10 centimes d'euro à la production… elle est revendue à peu près 30 euros (300 fois le prix), ce qui laisse beaucoup d'argent illégal circuler !

4. Frescska, 2007.

5. Bois-Mariage, 2002.

6. Goldsmith, 2007.

7. Rosensweig, 1998.

8. Jansen, 2004.

9. Gagnon, 1989.

10. Sueur et coll., 2000.

11. Grinspoon et Bakalar, 1997.

12. Ravalec, 2004, p. 210-211.

13. Propos recueillis par Schaller, 2006.

14. Doctrine selon laquelle tous les phénomènes tiennent de la connaissance scientifique.

15. Jansen, 2004.

16. Chapitre III.

17. Édition du 24 septembre 2008.

18. Vous avez pu lire, au chapitre, que cela rejoint en fait les données

de la recherche.

19. Laqueille X., Martins S., « L'Ayahuasca : clinique, neurobiologie et ambiguïté thérapeutique », 2008, *Annales médico-psychologiques*, 166 : 23-27.

20. Sueur et coll., 1999.

21. L'alcool, le véritable opium du peuple?

22. Rosenszweig, 1998

EN CONCLUSION

1. Comme le PTSD et la MDMA, les dépressions résistantes et la kétamine, les TOC et les champignons à psilocybine, les douleurs de cancéreux en phase terminale et le LSD, etc.

2. « Seul le Baclofène à haute dose (80 à 300mg/j), semble aussi prometteur dans le traitement de l'alcoolisme ; découvert dans cette indication par le Dr Olivier Ameisen (2008), ce médicament, comme les PDL, risque de ne jamais être promu à grande échelle, du fait qu'il n'est plus sous brevet et ne peut donc pas enrichir les actionnaires des laboratoires pharmaceutiques. »

3. Du fait des bénéfices pour la Sécurité sociale que permettraient de réaliser les PDL dans des affections comme les toxicomanies, très longues et coûteuses à soigner avec les autres méthodes.

4. Morris, *The Lancet*, 2008.

5. Council on Spiritual Practices 1995 ; Forte, 2000.

6. Mabit, 2001.

7. Sueur et coll. 1999, 2000.

8. La « célèbre » combinaison kétamine plus 2-CB, d'une puissance rare, en étant l'exemple typique.

9. Strassman et coll., 2008.

10. Grof, 1994.

11. Mécheri et coll., 2009.

ANNEXES

1. Grob, 2005.

2. Grof et coll., 1973 ; Kast, 1967 ; Kast et Collins, 1964 ; Pahnke et coll., 1971.

3. Halpern, 2006.

4. Moreno et coll., 2006.

5. Hanes, 1996 ; Leonard et Rapoport 1987 ; Moreno et Delgado, 1997.

6. Sewell et coll., 2006 ; Sewell et Halpern, 2007.

7. Griffiths et coll., 2006.

8. Consulter le site Internet de la MAPS pour l'état actuel de ces études.

9. Krupitsky et coll., 2002 ; Krupitsky et coll., 2001 ; Krupitsky et Grinenko, 1997.

10. Krupitsky et coll., 2007.

11. Kolp et coll., 2006.

12. Alper, 2001.

13. Carter et coll. : 2004, 2005, 2007 ; Wittmann et coll., 2007.

14. Hasler et coll., 2004.

15. Riba et coll. : 2001, 2002a, 2002b, 2004, 2005, 2006, 2008.

16. Gouzoulis-Mayfrank et coll. : 2005, 2006 ; Heekeren et coll., 2007.

17. Kuypers et Ramaekers : 2005, 2007 ; Kuypers et coll., 2007 ; Ramaekers et Kuypers, 2006.

18. Chwelos *et al.*,1959 ; Savage, 1962 ; Sherwood et al., 1962.

19. Leary *et al.*, 1963 ; et aussi Pahnke, 1962.

20. Leary *et al.*, 1968.

21. Roquet *et al.*, 1981, Villoldo, 1977.

Bibliographie

AARONSON B., OSMOND H., eds., « Psychedelics : The use and implications of hallucinogenic drugs », 1970, *Anchor Books,* New York.

ABERLE D., *The Peyotl Religion among the Navajo*, 1991, Chicago, University of Chicago Press.

ABRAHAM H., « Visual phenomenology of the LSD flashback », 1983, *Archives of General Psychiatry*, 40, 884-889.

ABRAHAM H., ALDRIDGE A., « Adverse consequences of lysergic acid diethylamide », *Addiction*, 1993, 88, 1327-1334.

ABRAMSON H., « LSD-25 as an adjunct to psychotherapy with elimination of fear of homosexuality », 1955, *J. Psychol.*, 39, 127.

ABRAMSON H., ed., *The Use of LSD in Psychotherapy*, 1960, Josiah Macy Foundation Publications, New York.

ABUZZAHAB F., ANDERSON B., « A review of LSD treatment in alcoholism », 1971, *International Pharmacopsychiatry*, 6, 223-235.

ADAMSON S., « Through the gateway of the heart : Accounts of experiences with MDMA and other empathogenic substances », 1985, *Four Trees Publications,* San Francisco.

ADLER J., « Getting high on ecstasy », *Newsweek*, 15 avril 1985.

ALBAUGH B. J., ANDERSON P. O., « Peyotl in the treatment of alcoholism among American Indians », *American Journal of Psychiatry*, 1974, 131, 1247-1251.

ALLEGRO J., *Le Champignon sacré et la Croix*, 1971, Paris, Albin Michel.

ALNAES R., « Therapeutic application of the change in consciousness produced by psycholytica (LSD, Psilocybin, etc.) », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1965, 40, 397-409, suppl. 180.

AGUILAR T. M., « La psilocybine : perspectives d'utilisation en psychiatrie clinique », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 1963, 63, 114-131.

ALPER K., « Ibogaïne : A review », 2001, *Alkaloids Chemistry and Biology*, 56, 1-38.

ALPER K., LOTSOF H., FRENKEN G., LUCIANO D., BASTIAANS J., « Treatment of acute opioid withdrawal with ibogaine », 1999, *American Journal on Addictions*, 8, 3, 234-242.

ALPER K., BEAL D., KAPLAN C., « A contemporary history of ibogaine in the United States and Europe », 2001, *Alkaloids Chemistry and Biology*, 56, 249-281.

AMEISEN O., *Le Dernier Verre*, 2008, Paris, Denoël.

ANDERSON C., « Ibogaine therapy in chemical dependency and posttraumatic stress disorder : A hypothesis involving the fractal nature of fetal REM sleep and interhemisphere reintegration », 1998, *Bulletin of the Multidisciplinary Association of Psychedelic Studies MAPS*, 8, 1, 5-14.

ARTHUR J., *Mushrooms and Mankind : The Impact of Mushrooms on Human Consciousness and Religion*, 2000, Escondito, CA, The Book Tree.

ARVANOV V., WANG R., « M100907, a selective 5-HT2A receptor antagonist and a potential antipsychotic drug, facilitates N-methyl-D-aspartate-receptor mediated neurotransmission in the rat medial prefrontal cortical neurons in vitro », 1998, *Neuropsychopharmacology*, 18, 3, 197-209.

BAGGOTT M., EROWID E., EROWID F., « A survey of Salvia divinorum users », *Erowid Extracts*, 2004, 6, 12-14.

BAGGOTT M., EROWID E., EROWID F., ROBERTSON L., *Chronic Visual Changes in Hallucinogen Users : A Web-Based Questionnaire*, 2006, Poster presented at the 2006 meeting of the College on Problems of Drug Dependence, Scottsdale, AZ.

BALL M., *Sage Spirit-Salvia Divinorum and the Entheogenic Experience*, 2007, Kyandara Publishing, USA.

BALLENTINE R., *Radical Healing : Integrating the World's Great Therapeutic Traditions to Create a New Transformative Medicine*, 1999, New York, Three Rivers Press.

BARBANOJ M., RIBA J., CLOS S., et coll., « Daytime ayahuasca administration modulates REM and slow-wave sleep in healthy volunteers », 2008, *Psychopharmacology*, 196, 315-326.

BARBOSA P., GIGLIO J., DALGALARRONDO P., « Altered states of

consciousness and short-term psychological after-effects induced by the first time ritual use of *ayahuasca* in an urban context in Brazil », 2005, *J. Psychoactive Drugs*, 37, 193-201.

BAUMAN L., KISH I., BAUMAN R., POLITIS D., « Pediatric sedation with analgesia », *American Journal of Emergency Medicine*, 1999, 17, 1-3.

BEAL D., DI RIENZO P., *The Ibogaine Story*, 1997, Autonomedia, New York.

BELVIEG., *Le Jardin défendu des fruits de la connaissance*, 2009, à paraître.

BERGMAN R. L., « Navajo peyotl use : Its apparent safety », *American Journal of Psychiatry*, 1971, 128, 6, 695-699.

BERMAN R. M., CAPPIELLO A., ANAND A., OREN D. A., HENINGER G. R., CHARNEY D. S., KRYSTAL J. H., « Antidepressant effects of ketamine in depressed patients », *Biological Psychiatry,* 2000, 47, 47, 351-354.

BISHOP M., *The Discovery of Love : A Psychedelic Experience with LSD-25*, 1963, Dodd, Mead & Co, New York.

BLOSSER B., *Salvia Divinorum* (cassette tape), 1994, Botanical Preservation Corps, Sebastopol CA.

BOCHER D., NARANJO C., 1969, France Patent 138081, 081713m, Inst. Class A61k.

BOIS-MARIAGE F., « Ayahuasca : une synthèse interdisciplinaire », 2002, *Psychotropes*, 8, 1, 79-113.

BONSON K., BUCKHOLTZ J., MURPHY D., « Chronic administration of serotoninergic antidepressants attenuates the subjective effects of LSD in humans », 1996, *Neuropsychopharmacology,* 14, 425-436.

BONSON K., MURPHY D., « Alterations in response to LSD in humans associated with chronic administration of tricyclic antidepressants, monamine oxydase inhibitors or lithium », 1996, *Behav. Brain Res.*, 73, 229-233.

BOUSO J.-C., « MDMA/PTSD research in Spain : An update », 2003, *MAPS Bulletin*, 13, 7-8.

BOUSO J.-C., DOBLIN R., FARRE M., et coll., « 3,4-Methylene-Dioxymethamphetamine (MDMA)-assisted psychotherapy, using low doses, in a small sample of women with chronic post traumatic stress disorder (PTSD) », 2008, *J. Psychoactive Drugs*, in press.

BRANDRUP E., VANGGAARD T., « LSD treatment in a severe case of compulsive neurosis », 1977, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 55, 2, 127-141.

BREITBART W., ROSENFIELD B., PESSIN H., et coll., « Depression, hopelessness and desire for death in terminally ill patients with cancer », 2000, *JAMA*, 284, 2907-2911.

BREITBART W., GIBSON C., POPPITO S., BERG A., « Psychotherapeutic interventions at the end of life : A focus on meaning and spirituality », 2004, *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 366-372.

BROWN D. J., « Le pouvoir thérapeutique des drogues psychédéliques », 2009, *Cerveau & Psycho*, 31, 56-59.

BRUHN J., DE SMET P., EL-SEEDI H., BECK O., « Mescaline use for 5 700 years », 2002, *The Lancet*, 359, 1866.

BUCHERT R., THOMASIUS R., NEBELING B., et coll., « Long-term effects of "ecstasy" use on serotonin transporters of the brain investigated by PET », 2003, *J. Nucl. Med.*, 44, 375–384.

BUCKE R., *Cosmic Consciousness*, 1901-1991, New York, Penguin Books.

BUHLMAN W., *Voyages au-delà du corps. L'exploration de nos univers intérieurs*, 2006, Éditions AdA, édition révisée.

BUSCH A., JOHNSON W., « LSD as an aid in psychotherapy », 1950, *Diseases of the Nervous System*, 11, 241-243.

BUTELMAN E., HARRIS T., KREEK M., « The plant-derived hallucinogen, salvinorin A, produces kappa-opioid agonist-like discriminative effects in rhesus monkeys », 2004, *Psychopharmacology (Berl)*, 172, 220-224.

CALABRESE J., « Reflexivity and transformation symbolism in the Navajo Peyotl Meeting », 1994, *Ethos : Journal of the Society for Psychological Anthropology*, 1994, 22, 494-527.

CALABRESE J., « Spiritual healing and human development in the Native American Church : Toward a cultural psychiatry of peyotl », 1997, *Psychoanalytic Review*, 84, 271-289.

CALABRESE J., « The Supreme Court *versus* peyotl : Consciousness alteration, cultural psychiatry and the dilemma of contemporary subcultures », 2001, *Anthropology of Consciousness*, 12, 4-19.

CALABRESE J., « The therapeutic use of peyotl in the Native American Church », 2007, *in Psychedelic Medicine : New Evidence for Hallucinogens as Treatments*, ed. M. Winkelman and T. Roberts, pp. 29-42, New York, Praeger.

CALLAWAY J. C., *A Report from the International Conference of Hoasca Studies*, 1996, Newsletter of the Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies, 6, 3. On line at www.maps.org

CALLAWAY J. C., AIRAKSINEN M. M., MCKENNA D. J., BRITO G. S.,

GROB C. S., 1994, « Platelet serotonin uptake sites increased in drinkers of ayahuasca », *Psychopharmacology*, 116, 383-387.

CALLAWAY J. C., RAYMONS L. P., HEARN W. L., MCKENNA D. J., GROB C. S., BRITO G. S., « Quantitation of N, N-dimethyltryptamine and harmala alkaloids in human plasma after oral dosing with ayahuasca », 1996, *Journal of Analytical Toxicology*, vol. 20, 492-497.

CALLAWAY J. C., GROB C. S., « Ayahuasca preparations and serotonin uptake inhibitors : A potential for severe adverse interaction », *Journal of Psychoactive Drugs*, 1998, 30, 367-369.

CALLAWAY J. C., MCKENNA D., GROB C., BRITO G., RAYMONS L. P., POLAND R. E., ANDRADE E., MASH D. C., « Pharmacokinetics of hoasca alkaloids in healthy humans », *Journal of Ethnopharmacology*, 1999, 65,3, 243-256.

CALLAWAY J. C., MCKENNA D., GROB C., et coll., « Phytochemistry and neuropharmacology of ayahuasca », 1999b, *in Ayahuasca*, ed. R. Metzner, 259-261, Thunder's Mouth Press, New York.

CALLAWAY J., GROB C., MCKENNA D., et coll., « A demand for clarity regarding a case report on the ingestion of 5-methoxy-N, N-dimethyltryptamine (5-MeO-DMT) in an Ayahuasca preparation », 2006, *Journal of Analytical Toxicology*, 30, 406-407.

CAPPENDIJK S., DZOLJIC M., « Inhibitory effects of ibogaine on cocaine self-administration in rats », 1993, *European Journal of Pharmacology*, 241, 2-3, 261-265.

CAPPENDIJK S., FEKKES D., DZOLJIC M., « The inhibitory effect of norharman on morphine withdrawal syndrome in rats : Comparison with ibogaine », 1994, *Behavioural Brain Research*, 65, 1, 117-119.

CARTER O., PETTIGREW J., BURR D., et coll., « Psilocybin impairs high-level but not low-level motion perception », 2004, *Neuroreport*, 15, 1947-1951.

CARTER O., PETTIGREW J., HASLER F., et coll., « Modulating the rate and rhythmicity of perceptual rivalry alternations with the mixed 5-HT2A and 5-HT1A agonist psilocybin », 2005, *Neuropsychopharmacology*, 30, 1154-1162.

CARTER O., HASLER F., PETTIGREW J., et coll., « Psilocybin links binocular rivalry switch rate to attention ans subjective arousal levels in humans », 2007, *Psychopharmacol.*

C'DE BACA J., WILBOURNE P., « Quantum change : Ten years later », 2004, *J. Clin. Psychol.*, 60, 531-541.

CHAMBON O., MARIE-CARDINE M., *Les Bases de la psychothérapie*, 2e édition, 2004, Paris, Dunod.

CHANCE M., « Factors influencing the toxicity of sympathomimetic amines to solitary mice », 1947, *J. Pharmacol. Exp. Ther.*, 89, 289-296.

CHANDLER A., HARTMANN M., « Lysergic acid diethylamide (LSD-25) as a facilitating agent in psychotherapy », 1960, *Archives of General Psychiatry*, 1960, 2, 286-299.

CHEYENE S., *Salvia Divinorum : Shamanic Plant Medicine*, Aardvark Publishing Company, Salt Lake City, UT, 2006.

CHIAPPE M., « El empleo de alucinogenos en la psiquiatria floklorica », 1976, *Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 81, 2, 176-186.

CILCOAT H., SCHUTZ C., « Age-specific patterns of hallucinogen use in the US population : An analysis using generalized addictive models », 1996, *Drug Alcohol Depend*, 43, 143-153.

CHWELOS N., BLEWETT D., SMITH C., HOFFER A., « Use of d-lysergic acid diethylamide in the treatment of alcoholism », *Quaterly Journal of Studies on Alcohol*, 1959, 20, 577-590.

CLARK B., « Some early observations on the use of psilocybin in psychiatric patients », *British Journal of Social Psychiatry*, 1967-1968, 2, 21-26.

COHEN S., « Lysergic acid diethylamide (LSD, ndlr) : Side effects and complications », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1960, 130, 1, 30-40.

COHEN S., « Psychotomimetic agents », 1967, *Annu. Rev. Pharmacol.*, 7, 301-318.

CONDRAU G., « Klinische Erfahrungen an Geisteskranten mit LSD-25 », 1949, *Acta Psychiat. Neurol. Scandinavica*, 24, 9.

Council on Spiritual Practices, 1995, Code of ethics for spiritual guides. At Council on Spiritual Practices Web Site: http//:www. csp. org/development/code. html, San Francisco : Council on Spiritual Practices.

COPLAND J., GORMAN J., « Detectable levels of fluoxetine metabolites after discontinuation : An unexpected serotonin syndrome », 1993, *American Journal of Psychiatry*, 150, 837.

DACHS J., INNES M., « Intravenous ketamine sedation of pediatric patients in the emergency department », *Annals of Emergency Medicine*, 1997, 29, 146-150.

DAVIES J., MOJEIKO V., « Psychedelic harm reduction : Re-thinking the "bad trip" », 2008, communication personnelle.

DAVIES P., *God and the New Physics*, 1983, England, Penguin.

DAVISON D., PARROTT A., « Ecstasy (MDMA) in recreational users : Self-reported psychological and physiological effects », *Hum. Psychopharmacol. Clin. Exp.*, 1997, 12, 221-226.

DEKORNE J., *Psychedelic Shamanism,* 1994, Breakout Productions, Port Townsend, Washington.

DELACROIX J.-M., *Ainsi parle l'esprit de la plante. Un psychothérapeute français à l'épreuve des thérapies ancestrales d'Amazonie*, 2000, Éditions Jouvence.

DELAY J., BENDA P., « L'expérience lysergique », *L'Encéphale*, 1958, XL VIII, 3, 169-209, et 4, 309-344.

DELAY J., PICHOT P., NICOLAS-CHARLES P., « Premiers essais de la psilocybine en psychiatrie », *in Neuro-Psychoparmacology*, eds. P. Bradley, P. Deniker, C. Radouco-Thomas, 1959, pp. 528-531, Amsterdam, London, New York, Princeton, Elsevier.

DELAY J., PICHOT P., LEMPERIERE T., QUETIN A. M., « Effet thérapeutique de la psilocybine sur une névrose convulsive », *Annales médico-psychologiques*, 1959, 117, 509-515.

DELAY J., PICHOT P., LEMPERIERE T., NICOLAS-CHARLES P., QUETIN A. M., « Les effets psychiques de la psilocybine et les perspectives thérapeutiques », 1959, *Annales médico-psychologiques*, 1959, 117, 899-907.

DELAY J., P1 P., LEMPERIERE T., « La psilocybine. Ses implications thérapeutiques », *Le Sud médical et chirurgical*, 1961, 97, 9217-9224.

DELAY J., « The therapeutic implications of psilocybine », *in Hallucinogenic Drugs and Their Psychotherapeutic Use*, eds. R. Crocket, R. A. Sandison, A. Walk, 1963, 37-41, London, Lewis.

Delgado P., MORENO F., « Hallucinogens, serotonin and obsessive-compulsive disorder », 1998, *Journal of Psychoactive Drugs*, 30, 4, 359-366.

DELORENZI J., FREIRE-DE-LIMA L., GATTASS C., et coll., « In vitro activities of iboga alkaloid congeners coronaridine and 18-Methoxycoronaridine against leishmania amazonensis », 2002, *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, 46, 7, 2111-2115.

DENIKER P., COTTEREAU M., OUGHOURLIAN J., « Amphétamines et psychoses », 1971, *Revue du praticien*, 21, 7, 1025-1037.

DENNEHY C., TSOUROUNIS C., MILLER A., « Evaluation of herbal dietary supplements marketed on the internet for recreational use », 2005, *Ann. Pharmacother.*, 39, 1634-1639.

DENSON R., SYDIAHA D., « A controlled study of LSD treatment in alco-

holism and neurosis », 1970, *British Journal of Psychiatry*, 116, 443-445.

DENYS A., « Alliance des médecines occidentales et traditionnelles dans le traitement des addictions », 2005, Master's in Health and Social Sciences, Department of Public Health, Université Henri Poincaré, Nancy I, 2004-2005.

DESCARTES R., *Meditationes de prima philosophia*, 1641-1960, Indianapolis, Bobbs-Merrill.

DE SARRO G., DE SARRO A., « Anticonvulsant properties of non-competitive antagonists of the N-methyl-D-aspartate receptor in genetically epilepsy-prone rats : Comparison with CPPene », 1993, *Neuropharmacology*, 32, 1, 51-58.

DEVEREUX G., « Cultural thought models in primitive and modern psychiatric theories », 1958, *Psychiatry : Journal of the Study of Interpersonal Processes*, vol. 21, n° 4, pp. 359-374. Trad. en fr. *in Ethnopsychanalyse complémentariste,* 1972 (a), ch. X.

DEVEREUX P., *The Long Trip : A Prehistory of Psychedelia*, 1997, New York, Penguin Putnam.

DE VRY J., « 5-HT1A receptor agonists : Recent developments and controversial issues », 1995, *Psychopharmacology*, 121, 1-26.

DITTRICH A., « The standardized psychometric assessment of altered states of consciousness (ASCs) in humans », 1998, *Pharmacopsychiatry*, 31 (suppl. 2), 80-84.

DOBKIN DE RIOS, M., GROB C. S., « Hallucinogens, suggestibility and adolescence », 1994, *in Yearbook for Ethnomedicine and the Study of Consciousness*, Edited by C. Ratsch and J. R. Baker, Berlin.

DOBKIN DE RIOS M., GROB C., BAKER J., « Hallucinogens and redemption », 2002, *Journal of Psychoactive Drugs*, 34, 3, 239-248.

DOMENICI M., MARINELLI S., SAGRATELLA S., « Effects of felbamate, kynurenic acid derivatives and NMDA antagonists on in vitro kainate-induced epileptiform activity », 1996, *Life Sciences*, 58, 26, 391-396.

DOBKIN DE RIOS M., GROB C., LOPEZ E., DA SILVIERA D., ALONSO L., TACLA C., « *Ayahuasca* in adolescence : Qualitative results », 2005, *Journal of Psychoactive Drugs*, 37, 135-140.

DOBLIN R., « Pahnke's good Friday experiment : A long-term follow-up and methodological critique », *The Journal of Transpersonal Psychology*, 1990, 23, 1, 1-28.

DOBLIN R., « The historic FDA and NIDA meetings on "hallucinogens" », *MAPS Studies Bulletin*, 1992, 3, 3: 2-6.

DOBLIN R., « Dr Leary's Concord Prison experiment : Experiment. A thirty-four year follow-up and methodological critique », 1998, *Journal of Psychoactive Drugs* 30, 4, 419-426.

DOBLIN R., BECK J., OBATA K., ALIOTO M., « Dr Oscar Janiger's pioneering LSD research. A forty vear follow-up », 1999, *Bulletin of the MAPS*, IX, 1, 4-23.

DOERING-SILVEIRA E., GROB C., DE RIOS M., et coll., « Report on psychoactive drug use among adolescents using ayahuasca within a religious context », 2005, *Journal of Psychoactive Drugs*, 37, 2, 141-144.

DORRANCE D., JANIGER O., TEPLIZ R., « Effects of peyotl on human chromosomes », 1975, *Journal of the American Medical Association*, 234, 299-302.

DOW J., « Universal aspects of symbolic healing : A theoretical synthesis », 1986, *American Anthropologist*, 88, 56-69.

DOWNING J., « The psychological and physiological effects of MDMA on normal volunteers », 1986, *Journal of Psychoactive Drugs*, 18, 335-340.

DROUOT P., *Le Chaman, le Physicien et le Mystique*, chap. 2, « Le monde des plantes enseignantes » pp. 59-96, Éditions du Rocher, 1998.

DUCHE D., « Les effets de la psilocybine dans un cas d'hystérie », 1961, *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 37, 3061-3062.

DYER W., *Le Pouvoir de l'intention*, 2004, Éditions AdA.

DZOLJIC E., KAPLAN C., DZOLJIC M., « Effects of ibogaine on naloxone-precipitated withdrawal syndrome in chronic morphine-dependent rats », 1988, *Archives internationales de pharmacodynamie et de thérapie*, 294, 64-70.

EISNER B., *Ecstasy : The MDMA Story*, 1989, Berkeley, CA, Ronin.

ELIADE M., *Le Chamanisme et les techniques archaïques de l'extase*, 1961 (nouvelle édition corrigée et augmentée, 1974), Paris, Payot.

EL MANSARI M., BLIER P., « Responsiveness of 5-HT1A and 5-HT2 receptors in the rat orbitofrontal cortex after long-term serotonin reuptake inhibition », 1995, *Journal of Psychiatry and Neurosciences*, 30, 4, 268-274.

ELLWOOD R., *The Sixties Spiritual Awakening : American Religion Moving from Modern to Postmodern*, 1994, New Brunswick, NJ, Rutgers University Press.

EPLING C., JATIVA C., « A new species of Salvia from Mexico », 1962, *Botanical Museum Leaflets Harvard University*, 20, 3, 75-76.

ERSEK A., « Dissociative anesthesia for safety's sake : Ketamine and diazepam-a 35 year personal experience », *Plastic and Reconstructive Surgery*, 113 (7), 1955-1959.

FANCIULLACCI M., DEL BENE E., FRANCHI G., SICUTERI F., « Phantom limb pain : Sub-hallucinogenic treatment with lysergic acid diethylamide (LSD-25) », 1977, *Headache*, 17, 3, 118-119.

FANTEGROSSI W., GODLEWSKI T., KARABENICK R., et coll., « Pharmacological characterization of the effects of 3,4methylenedioxymethamphetamine ("ecstasy") and its eniantomers on lethality, core temperature, and locomotor activity in singly housed and crowded mice », 2003, *Psychopharmacology*, 166, 202-211.

FANTEGROSSI W., WOODS J., WINGER G., « Transient reinforcing effects of phenylisopropylamine and indolealkylamine hallucinogens in rhesus monkeys », 2004, *Behavioural Pharmacology*, 15, 149-157.

FARBER N., HANSLICK J., KIRBY C., et coll., « Serotoninergic agents that activate 5HT2A receptors prevent NDMA antagonist neurotoxicity », 1998, *Neuropsychopharmacology*, 18, 57-62.

FARBER P., *Psychedelics and the Art of Ritual*, Dernière modification mars 2008, www. erowid. org/entheogens/writings/entheogens_ writing1.shtml

FEENEY K., « The legal bases for religious peyotl use », 2007, *in Psychedelic Medicine : New Evidence for Hallucinogens as Treatments*, ed. M. Winkelman, T. Roberts, pp. 233-250, New York, Praeger.

FINK M., SIMEON J., HAGUE W., ITIL T., « Prolonged adverse reactions to LSD in psychotic subjects », 1966, *Archives of General Psychiatry*, 15, 450-454.

FIORELLA D., HELSLEY S., RABIN R., WINTER J., « Potentiation of LSD-induced stimulus control by fluoxetine in the rat », 1996, *Life Sci.*, 59, 283-287.

FLATTERY D., SCHWARTZ M., *Haoma and Harmaline : The Botanical Identity of the Indo-Iranian Sacred Hallucinogen « Soma » and its Legacy in Religion, Language, and Middle Eastern Folklore*, 1989, Near Eastern Studies, 21, Berkeley, University of California Press.

FONTANA A. E., « El uso clinico de las drogas alucinogenas », *Acta Neuropsiqiatrica Argentina*, 1961, 7, 94-98.

FONTANA A. E., « Clinical use of hallucinogenic drugs », *in Proceedings of the Third World Congress of Psychiatry*, 1963, vol. 2, 942-944, Toronto, University of Toronto Press.

FORCEHIMES A., « *De profundis* : Spiritual transformations in Alcoholics Anonymous », 2004, *J. Clin. Psychol.*, 60, 503-51.

FORTE R., *Entheogens and the Future of Religion*, San Francisco, CSP, 1997, 2000.

FRECSKA E., WHITE D., LUNA L., « Effects of the Amazonian psyhoactive beverage ayahuasca on binocular rivalry : Interhemispheric witching or interhemispheric fusion ? », 2003, *Journal of Psychoactive Drugs*, 35, 3, 367-374.

FRECSKA E., WHITE D., LUNA L., « Effects of ayahuasca on binocular rivalry with dichoptic stimulus alternation », 2004, *Journal of Psychopharmacology*, 173, 79-87.

FRECSKA E., « Therapeutic guidelines : Dangers and contra-indications in therapeutic applications of hallucinogens », 2007, *in Psychedelic Medicine : New Evidence for Hallucinogens as Treatments*, ed. M. Winkelman and T. Roberts, New York, Praeger.

FREDERKING W., « Intoxicant drugs (mescaline and lysergic acid diethylamide) in psychotherapy », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1955, 121, 262-266.

FREI E., GAMMA A., PASCUAL-MARQUI R., et coll., « Localization of MDMA-induced brain activity in healthy volunteers using low-resolution brain electromagnetic tomography (LORETA) », *Hum. Brain Mapp.*, 2001, 14, 152-165.

FRENKEN G., « From the roots up : Ibogaine and addict self-help », 2001, *Alkaloids Chemistry and Biology*, 56, 283-292.

FURST P. T. (ed.), *Flesh of the Gods : The Ritual Use of Hallucinogens*, 1972, New York, Praeger.

GABLE R. S., « Toward a comparative overview of dependence potential and acute toxicity of psychoactive substances used nonmedically », *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 1993, 19, 3, 263-281.

GAGNON H., « Culture populaire, hallucinogènes et chasse aux sorcières à l'époque moderne : l'absence d'un interdit ? », 1989, *Psychotropes*, 5, 3, 55-69.

GAMMA A., BUCK A., BERTHOLD T., et coll., « 3,4 –Methylene-dioxymethamphetamine (MDMA) modulates cortical and limbic brain activity as measured by (H (2) (15)O)-PET in healthy humans », *Neuropsychopharmacology*, 2000, 23, 388-395.

GARCIA L., COMIM C., VALVASSORI S., et coll., « Acute administration of ketamine induces antidepressant-like effects in the forced swimming test and increases BDNF levels in the rat hippocampus »,

2008, *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 32, 1, 140-144.

GASSER P., « Psycholytic therapy with MDMA and LSD in Switzerland », 1994-1995, *MAPS Bulletin*, 5 (3), 3-7.

GASSER P., « Update : LSD-assisted psychotherapy in persons suffering from anxiety associated with advanced-stage life-threatening illness : A phase 2, double-blind, placebo-controlled dose-response pilot study », 2007, *MAPS Bulletin*, 17, 17.

GIOVE R., *La Liana de los muertos al rescate de la vida-7 anos de experiencia del centro Takiwasi*, 2002, Takiwasi-DEVIDA, Tarapoto, Pérou.

GLASS G., « Psychedelic drugs, stress, and the ego : The differential diagnosis of psychosis associated with psychotomimetic drug use », 1973, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 156, 232-241.

GLICK S., KUEHNE M., RAUCCI J., WILSON T., et coll., « Effects of iboga alkaloids on morphine and cocaine self-administration in rats : Relationship to tremorigenic effects and to effects on dopamine release in nucleus accumbens and striatum », 1994, *Brain Research*, 657, 1-2, 14-22.

GLICK S., PEARL S., CAI J., MAISONNEUVE I., « Ibogaine-like effects of nor-ibogaine in rats », 1996b, *Brain Research*, 713, 1-2, 294-297

GLICK S., MAISONNEUVE I., VISKER K., et coll., « 18-Methoxycoronaridine attenuates nicotine-induced dopamine release and nicotine preferences in rats », 1998, *Psychopharmacology*, 139, 3, 274-280.

GLICK S., MAISONNEUVE I., DICKINSON H., « 18-MC reduces methamphetamine and nicotine self-administration in rats », 2000, *Neuroreport*, 11, 9, 2013-2015.

GNOLI A., VOLPI F., *Le LSD et les années psychédéliques. Entretiens avec Albert Hofmann*, 2006, Éditions Payot & Rivages, Paris.

GOLDBERG E., *The Executive Brain. Frontal Lobes and the Civilized Mind*, 2001, New York, Oxford University Press.

GOLDSMITH N., « The ten lessons of psychedelic psychotherapy, rediscovered », 2007, *in Psychedelic Medicine : New Evidence for Hallucinogens as Treatments*, ed. M. Winkelman and T. Roberts, New York, Praeger.

GONZALES D., RIBA J., BOUSO J., et coll., « Patterns of use and subjective effects of *Salvia Divinorum* among recreational users », 2006, *Drug and Alcohol Dependence*, 85, 157-162.

GOUTAREL R., « Pharmacodynamie et applications thérapeutiques de l'iboga », 1993, *Psychotropes*, 3, 3, 63-86.

GOUTAREL R., GOLLNHOFER O., SILLANS R., « Pharmacodynamics and therapeutic applications of iboga and ibogaine », 1993, *Psychedelic Monographs and Essays*, 6, 71-111.

GOUZOULIS-MAYFRANK E., THELEN B., HABERMEYER E., et coll., « Psychopathological, neuroendocrine and autonomic effects of 3,4methylenedioxyethylmetamphetamine (MDE), psilocybin and D-methamphetamine in healthy volunteers. Results of an experimental double-blind placebo-controlled study », 1999, *Psychopharmacology (Berl)*, 142, 41-50.

GOUZOULIS-MAYFRANK E., DAUMANN J., « Neurotoxicity of methylenedioxyamphetamines (MDMA; ecstasy) in humans : How strong is the evidence for persistent brain damage ? », 2006, *Addiction*, 101, 348-361.

GREEN A., « MDMA : Fact and fallacy, and the need to increase knowledge in both the scientific and popular press », 2004, *Psychopharmacology*, 173, 231-233.

GREENE B., *The Elegant Universe : Superstrings, Hidden Dimensions, and the Quest for the Ultimate Theory*, 1999, USA, WW Norton.

GREER G., TOLBERT R., « Subjective reports of the effects of MDMA in a clinical setting », 1986, *Journal of Psychoactive Drugs*, 18, 4, 319-327.

GREER G., TOLBERT R., « A method of conducting therapeutic sessions with MDMA », 1998, *Journal of Psychoactive Drugs*, 30, 371-379.

GRESCH P., SMITH R., BARRETT R., SANDERS-BUSH E., « Behavioral tolerance to lysergic acid diethylamide is associated with reduced serotonin-2A receptor signalling in rat cortex », 1995, *Neuropsychopharmacology*, 30, 1692-1702.

GRIFFITHS R., BIGELOW G., HENNINGFIELD J., « Similarities in animal and human drug-taking behaviour », 1980, *in Advances in Substance Abuse*, ed. N. K. Mello, vol. 1, pp. 1-90, Greenwich, JAI.

GRIFFITHS R., RICHARDS W. A., MCCANN U., JESSE R., « Psilocybin, mystical-type experiences, personal meaning and spiritual significance », *Psychopharmacology*, 2006, 187, 3, 1-16.

GRINSPOON L., BAKALAR J., *Psychedelic Drugs Reconsidered*, 1979-1981-1997, New York, Basic Books. Republished by The Lindesmith Center, New York (www.lindesmith.org).

GRINSPOON L., BAKALAR J., « The psychedelic drug therapies », 1981, *Current Psychiatric Therapies*, 20, 275-278.

GRINSPOON L., BAKALAR J., « Psychedelic reflections », 1983, *Human Sciences Press*, New York.

GRINSPOON L., BAKALAR J., « Can drugs be used to enhance the psychotherapeutic process ? », *American Journal of Psychotherapy*, 1986, 40, 393-404.

GRINSPOON L., BAKALAR J , *Psychedelic Drugs Reconsidered*, 1997, New York, The Lindesmith Center.

GROB C., « Psychiatric research with hallucinogens : What have we learned ? », *Yearbook of Ethnomedicine*, 1994, 3, 91-112.

GROB C., « Psychiatric research with hallucinogens : What have we learned ? », 1998a, *The Heffter Review of Psychedelic Research*, 1, 8-20.

GROB C., « MDMA research : Preliminary investigations with human subjects », 1998, *Int. J. Drug Policy*, 9, 1, 119-124.

GROB C., « Psilocybin research in advanced-stage cancer patients », 2005 *MAPS Bulletin*, 15, 8.

GROB C. « The use of psilocybin in patients with advanced cancer and existential anxiety », 2007, *in Psychedelic Medicine : New Evidence for Hallucinogens as Treatments*, ed. M. Winkelman and T. Roberts, New York, Praeger.

GROB C., POLAND R., CHANG L., ERNST T., « Psychobiologic effects of 3,4-methylene-dioxymethamphetamine in humans : Methodological considerations and preliminary observations », *Behav. Brain Res.*, 1996a, 73, 103-107.

GROB C., MCKENNA D. J., CALLAWAY J. C., BRITO G. S., NEVES E. S., OBERLAENDER G., SAIDE O. L., LABIGALINI E., TACLA C., MIRANDA C. T., STRASSMAN R. J., BOONE B., « Human psychopharmacology of hoasca, a plant hallucinogen used in ritual context in Brazil », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1996b, 184, 86-94.

GROB C., GREER G., MANGINI M., « Hallucinogens at the turn of the century : An introduction », 1998, *Journal of Psychoactive Drugs*, 30, 4, 315-319.

GROBOIS P., « L'envers du décor : hallucinogènes et psychothérapie », 1988, *Psychologues et Psychologies*, 96, 32-35.

GROF S., « Psycholytic and psychedelic therapy with LSD : Toward an integration of approaches », 1967, Unpublished paper presented at the 5th Congress of the European Society of Psycholytic Therapy (EPT), in Frankfurt (Germany).

GROF S., *Realms of the Human Inconscious : Observations from LSD Research*, 1976, New York, E.P. Dutton.

GROF S., *LSD Psychotherapy*, 1980, Pomona, CA, Hunter House.

GROF S., *Beyond the Brain : Birth, Death and Transcendence in Psychotherapy*, 1985, Albany, NY, State University of New York Press.

GROF S., *The Adventure of Self-Discovery. Dimensions of Consciousness and New Perspectives in Psychotherapy and Inner Exploration*, 1988, State University of New York Press.

GROF S., *LSD Psychotherapy*, 1994, Alameda, CA, Hunter House.

GROF S., *Psychology of the Future : Lessons from Modern Consciousness Research*, 2000, State University of New York (SUNY) Press, Albany, NY.

GROF S., *Quand l'impossible arrive*, Guy Trédaniel Éditeur.

GROF S., *LSD Psychotherapy*, 2008 (4e édition), MAPS Editions.

GROF S., GOODMAN L., RICHARDS W., KURLAND A., « LSD-assisted psychotherapy in patients with terminal cancers », 1973a, *International Pharmacopsychiatry*, 8, 129-144.

GROF S., SOSKIN R., RICHARDS W., KURLAND A., « DPT as an adjunct in psychotherapy of alcoholics », 1973b, *International Pharmacopsychiatry*, 8, 104-115.

GROF S., HALIFAX J., *The Human Encounter with Death*, 1977, E.P. Dutton, New York.

GROF S., BENETT H., *The Holotropic Mind*, 1993, San Francisco, Harper.

GUYOTAT J., MARIE-CARDINE M., « Médicaments psychotropes et psychothérapie », 1975, *Encyclopédie médico-chirurgicale-Psychiatrie*, 37820 B 90.

HALPERN J., « The use of hallucinogens in the treatment of addiction », *Addiction Research*, 1996, 4, 2, 177-189.

HALPERN J., « Hallucinogens : An update », 2003, *Current Psychiatry Reports*, 2003, 5, 5, 347-354.

HALPERN J., « Hallucinogens and dissociative agents naturally growing in the United States », 2004, *Pharmacology and Therapeutics*, 102, 2, 131-138

HALPERN J., « Update on the MDMA-assisted psychotherapy study for treatment-resistant anxiety disorders secondary to advanced stage cancer », *MAPS Bulletin*, 2006, 16, 16.

HALPERN J., POPE H., « Do hallucinogens cause residual neuropsychological toxicity ? », *Drug and Alcohol Dependence*, 1999, 53, 3, 247-256.

HALPERN J., POPE H., « Hallucinogens persisting perception disorder : What do we know after 50 years ? », *Drug and Alcohol Dependence*, 2003, 69, 2, 109-119.

HALPERN J., SHERWOOD A., Hudson J., YURGELUN-TODD D., POPE H., « Psychological and cognitive effects of long-term peyotl use among Native Americans », 2005, *Biological Psychiatry*, 58, 8, 624-631.

HALPERN J., SHERWOOD A., PASSIE T., et coll., « Evidence of health and safety in American members of a religion who use a hallucinogenic sacrament », 2008, *Med. Sci. Monit.*, 14, 8, 15-22.

HANES K., « Serotonin, psilocybin, and body dysmorphic disorder : A case report », 1996, *J. Clin. Psychopharmacol.*, 16, 188-189.

HANES K., « Antidepressant effects of the herb *Salvia Divinorum* : A case report », *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 2001, 21, 634-635.

HARLOW D., BECK J., « Survey of the clinical uses of MDMA », Paper presented at the MAPS International Conference on Psycholytic Psychotherapy, 1990, 29 November, in Bern, Switzerland.

HARMAN W., FADIMAN J., « Selective enhancement of specific capacities through psychedelic training », 1970, *in* Aaronson & Osmond, eds. *Psychedelics*, New York, Doubledays Publications.

HARNER M., *The Way of the Shaman. A Guide to Power and Healing*, 1980, San Francisco, Harper & Row.

HARNER M., *Hallucinogènes et chamanisme*, Georg Éditeur, 1997.

HASLER F., GRIMBERG U., BENZ M., et coll., « Acute psychological and physiological effects of psilocybin in healthy humans : A double-blind, placebo-controlled dose-effect study », 2004, *Psychopharmacology (Berl)*, 172, 145-156.

HASLER F., « Substances hallucinogens », 2009, *Cerveau & Psycho*, 31, 52-55.

HAUSNER M., DOLEZAL V., « Group and individual therapy under LSD », *Acta psychotherapeutica et psychosomatica*, 1963, 11, 39-59.

HAUTEFEUILLE M., *Drogues à la carte*, 2002, Paris, Payot.

HAWKING S., *A Brief History of Time : From the Big Bang to Black Holes*, 1988, Bantam Books.

HE D., MCGOUGH N., RAVINDRANATHAN A., et coll., « Glial cell line-derived neurotrophic factor mediates the desirable actions of the anti-addiction drug ibogaine against alcohol consumption », 2005, *Journal of Neuroscience*, 25, 3, 619-628.

HEAVEN R., CHARING H., *Plant Spirit Shamanism. Traditional Techniques for Healing the Soul*, 2006, Destiny Books, Rochester, Vermont.

HEINRICH C., *Magic Mushrooms in Religion and Alchemy*, 2002, Vermont, Park Street Press.

HENDERSON L., « LSD use and LSD users : Questions and answers about LSD », 1994, *in* L. Henderson & W. Glass (eds.), *LSD : Still with Us after All These Years*, pp. 77-98, New York, Lexington Books.

HENRIETTA L. L., RAPOPORT J. L., « Relief of obsessive – compulsive symptoms by LSD and psilocybin », *American Journal of Psychiatry*, 1987, 144, 1239-1240.

HERMLE L., GOUZOULIS-MAYFRANK E., SPITZER M., « Blood flow and cerebral laterality in the mescaline model of psychosis », 1998, *Pharmacopsychiatry*, 31 (suppl. 2), 85-91.

HEY T., WALTERS P., *The Quantum Universe*, 1989, Cambridge University Press.

HILL T., « Peyotism and the control of heavy drinking : The Nebraska Winnebago in the early 1900's », 1990, *Human Organization*, 49, 255-265.

HILLMAN D., *The Chemical Muse : Drug Use and the Roots of Western Civilization*, 2008, Thomas Dunne Books.

HODGSON M., « Del alcoholism a una nueva vida : el àguila se ha posado », 1997, *in Indian Communities Develop Futuristic Addictions Treatment and Health Approach*, Institute of Health Promotion, Research and Formation, Alberta, Canada, mai-juin, 139, 11-14.

HOFFER A., « A program for the treatment of of alcoholism : LSD, malvaria, and nicotinic acid », 1967, *in The Use of LSD in Psychotherapy and Alcoholism*, ed. H. Abramson, 343-406, Bobbs Merrill, Indianapolis, New York, Kansas City.

HOFFER A., OSMOND H., *New Hope for Alcoholics*, 1966, New Hyde Park, NY, University Books, Inc.

HOFFER A., OSMOND H., *The Hallucinogens*, 1967, New York, Academic Press.

HOFMANN A., *LSD : mon enfant terrible*, 2003, Paris, L'Esprit frappeur.

HOLLAND J., « The history of MDMA », *in Ecstasy : The Complete Guide*, ed. J. Holland, 2001, 12-20, Rochester, VT, Inner traditions.

HOLLISTER L., « Clinical, biochemical and psychologic effects of psilocybin », 1961, *Archives internationales de pharmacodynamie et de thérapie*, 130, 42-52.

HOLLISTER L., SHELTON J., KRIEGER G., « A controlled comparison of lysergic acid diethylamide (LSD) and dextroamphetamine in alcoholics », 1969, *American Journal of Psychiatry*, 125, 10, 58-63.

HOLLICK M., *The Science of Oneness : A Worldview for the Twenty-Fisrt Century*, 2006, Winchester, UK, O Books.

HOOD R., MORRIS R., WATSON P., « Further factor analysis of Hood's Mysticism Scale », 1993, *Psychological Reports*, 73, 1, 1176-1178.

HOUSE S., « Common processes in psychedelic-induced psychospiritual

change », 2007, *in Psychedelic Medicine : New Evidence for Hallucinogens as Treatments*, ed. M. Winkelman and T. Roberts, New York, Praeger.

HULL A., *Drum Circle Spirit-Facilitating Human Potential through Rhythm*, 1998, White Cliffs Media.

HUXLEY A., *Moksha : Writings on Psychedelics and the Visionary Experience (1931-1963)*, 1982, Los Angeles, Tarcher.

ISBELL H., « Comparison of the reactions induced by psilocybin and LSD-25 in man », 1959, *Psychopharmacologia,* 1, 29-38.

JAFFE J., « Drug addiction and drug abuse », 1985, *in* A. Gilman, T. Rall, A. Nies, & P. Taylor (eds.), *Goodman and Gilman's, the Pharmacological Basis of Therapeutics,* pp. 532-581, New York, Macmillan.

JAHN R., *Margins of Reality : The Role of Consciousness in the Physical World*, 1987, New York-San Diego, Harcourt Brace Jovanovich.

JAMES W., *Varieties of Religious Experience*, 1902, New York, Random House.

JANSEN K., « Mental health problems associated with MDMA use », *in Ecstasy : The Complete Guide*, ed. J. Holland, 2001, 87-109, Rochester, VT, Inner traditions.

JANSEN K., *Ketamine : Dreams and Reality*, 2004, MAPS, Second Edition.

JENNINGS P., *World News tonight*, ABC, September 8, 2003.

JILEK W. G., « Native renaissance : The survival of indigenous therapeutic ceremonials among North American Indians », 1978, *Transcultural Psychiatric Research*, 15, 117-147.

JOFFE E., ECHENHOFER K., WYNIA K., et coll., *Improved EEG Coherence Estimates of the Effects of Ayahuasca and Related Experiences*, 2005, paper presented at the September 2005 meeting of the International Society of Neuronal Regulation (ISNR), Denver.

JOHNSON M., RICHARDS W., GRIFFITHS R., « Human hallucinogen research : Guidelines for safety », 2008, *J. Psychopharmacol. OnlineFirst*, published on July 1, 1-18.

JUNG C., « Synchronicity : An acausal connecting principle », 1960, *in Collected Works*, vol. 8, Bollingen Series XX, Princeton NJ, Princeton University Press.

KALANT H., « The pharmacology and toxicology of "ecstasy" (MDMA) and related drugs », 2001, *Canadian Medical Association Journal*, 165, 917-928.

KAST E., « LSD and the dying patient », 1966, *Chicago Medical School Quarterly*, 26, 80-87.

KAST E., «Attenuation of anticipation : A therapeutic use of lysergic acid diethylamide», 1967, *Psychiatric Quarterly*, 41, 4, 646-657.

KAST E., COLLINS V., «A study of lysergic acid diethylamid as an analgesic agent», 1964, *Anesthesia and Analgesia*, 43, 285-291.

KEELER M., REIFLER C., «Suicide during an LSD reaction», 1967, *American Journal of Psychiatry*, 123, 884-885.

KENT J., *Ketamine : Metaprogramming from within the Eye of the Storm*, 1998, The Resonnance Project, vol. 1, n° 2.15, pp. 4, 28-33, 64.

KHORRAMZADEH E., LOFTY A. O., «The use of ketamine in psychiatry», 1973, *Psychosomatic Journal*, novembre-décembre, 14, 344-346.

KHORRAMZADEH E., LOFTY A. O., «Personality predisposition and emergence phenomena with ketamine», 1976, *Psychosomatics*, 17, 94-95.

KIRZIN M., KARILA L., REYNAUD M., «Gestion des bad trip en raves», 2008, *Synapse*, 235, mars-avril, 12-20.

KISH S., «What is the evidence that ecstasy (MDMA) can cause Parkinson's disease ? », 2003, *Movement Disorders*, 18, 11, 1219-1223.

KOUNEN J., NARBY J., RAVALEC V., *Plantes et chamanisme. Conversations autour de l'ayahuasca et de l'iboga*, 2008, Mama Éditions, Paris.

KRUPITSKY E. M., GRINENKO A. Y., BERKALIEV T. N., et coll., « The combination of psychedelic and aversive approaches in alcoholism treatment : The affective contra-attribution method», 1992, *Alcoholism Treatment Quarterly*, 9, 99-105.

KRUPITSKY E. M., GRINENKO A. Y., «Ketamine psychedelic therapy (KPT) : A review of the results of ten years of research», 1997 *Journal of Psychoactive Drugs*, 29, 2, 165-183.

KRUPITSKY E., BURAKOV A., ROMANOVA T., et coll., «Ketamine psychotherapy for heroin addiction : Immediate effects and two-year follow-up», 2002, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 273-283.

KRUPITSKY E. M., BURAKOV A. M., DUNAEVSKY I. V., et coll., «Single versus repeated sessions of ketamine-assisted psychotherapy for people with heroin dependence», 2007, *Journal of Psychoactive Drugs*, 39, 1, 13-19.

KUDOH A., TAKAHIRA Y., KATAGAI H., TAKAZAWA T., «Small-dose ketamine improves the postoperative state of depressed patients», 2002, *Anesthesiology and Analgesia*, 95, 1, 114-118.

KUNGURSTEV I., «Death-rebirth psychotherapy with ketamine», *The Albert Hofmann Foundation*, 1991, 2, 1-6 (California).

KURLAND A., « LSD in the supportive care of the terminally ill cancer patient », 1985, *Journal of Psychoactive Drugs*, 17, 4, 279-290.

KURLAND A., UNGER S., SHAFFER J. W. *et al.*, « Psychedelic therapy using LSD in the treatment of the alcoholic patient : A preliminary report », *American Journal of Psychiatry*, 1967, 123, 1202-1209.

KURLAND A., SAVAGE W., PAHNKE W., GROF S., OLSSON J., « LSD in the treatment of alcoholics », 1971, *Pharmakopsychiatrie und Neuro-Psychopharmakologie*, 4, 2, 83-94.

KUROMARU S., OKADA S., HANADA M., et coll., « Effect of LSD25 on the phantom limb : The problem of body scheme and the therapeutic use of LSD25 on phantom pain », 1962, *Folia Psychiatr. Neurol. Japan*, 64, 604-613.

LA BARRE W., *The Peyotl Cult*, 1970, Handem T, Shoe String Press.

LA BARRE W., « Hallucinogens and the shamanic origins of religions », 1972, *in Flesh of the Gods*, ed. P. Furst, 261-268, New York, Praeger.

LA BARRE W., *Les Plantes psychédéliques et les origines chamaniques de la religion*, 2000, L'Esprit frappeur.

LAPASSADE G., *Les États modifiés de la conscience*, 1987, Paris, PUF, coll. « Nodules ».

LAHTI A., KOFFEL B., L D., TAMMINGA C., « Subanesthesic doses of ketamine stimulate psychosis in schizophrenia », 1995, *Neuropsychopharmacology*, 13, 1, 9-19.

LAHTI A., WARFEL D., MICHAELIDIS T., et coll., « Long term outcome of patients who receive ketamine during research », 2001, *Biological Psychiatry*, 49, 10, 869-875.

LAVAL-JEANTET M., *Iboga : invisible et guérison*, 2006, Éditions CQFD.

LEAL M., « Ibogaine attenuation of morphine withdrawal in mice : Role of glutamate N-methyl-D-aspartate receptors », 2003, *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 27, 5, 781-785.

LEARY T., *Neuropolitics : The Sociobiology of Human Metamorphosis*, 1977, Los Angeles, Starseed-Peace Press.

LEARY T., LITWIN G., METZNER R., « Reactions to psilocybin administered in a supportive environment », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1963, 137, 561-573.

LEARY T., METZNER R., PRESNELL M., et coll., « A new behaviour change pattern using psilocybin », 1965, *Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 2, 2, 61-72.

LEARY T., METZNER R., « Use of psychedelic drugs in prisoner rehabilitation », 1968, *British Journal of Social Psychiatry*, 2, 27-51.

LEE M., SHLAIN B., CODRESCU A., *Acid Dreams : The Complete Social History of LSD : The CIA, the Sixties, and beyond*, édition révisée, 2000, Grove Press.

LEMAIRE C., ZISKIND C., « L'isolation sensorielle en bulle », 1988, *Nervure*, 5, 10-17.

LEONARD H., RAPOPORT J., « Relief of obsessive-compulsive symptoms by LSD and psilocin (letter) », 1987, *Am. J. Psychiat.*, 9, 144, 1239-1240.

LERNER A., GELKOPF M., SKLADMAN M., et coll., « Flashback and hallucinogen persisting perception disorder : Clinical aspects and pharmacological treatment approach », 2002, *Isr. J. Psychiatry Relat. Sci.*, 39, 92-99.

LEUNER H., HOLFELD H., « Results and problems of psychotherapy with adjuvant LSD-25 and related substances [My paper] », 1962, *Psychiatr. Neurol. (Basel)*, 143, 379-391.

LEUNER H., « Present state of psycholytic therapy and its possibilities », 1967, *in The Use of LSD in Psychotherapy and Alcoholism*, H. Abramson Ed., New York, Bobbs-Merrill.

LEUNER H., « Hallucinogens as an aid in psychotherapy : Basic principles and results », 1994, *in 50 Years of LSD. Current Status and Perspectives of Hallucinogens*, eds. A. Pletscher, and D. Ladewig, 175-190, Parthenon, New York, London.

LÉVI-STRAUSS C., *L'Efficacité symbolique* (I), 1958, *in Anthropologie structurale*, Plon, 1958, p. 218.

LIEBRENZ M., BORGEAT A., LEISINGER R., STOHLER R., « Intravenous ketamine therapy in a patient with a treatment-resistant major depression », *Swiss Med. Weekly*, 2007, 137, 234-236.

LIESTER M. B., GROB C., BRAVO G., WALSH R., « Phenomenology and sequelae of 3,4-methylenedioxymethamphetamine use », *Journal of Nervous Mental Disease*, 1992, 180, 345-352.

LILLY J., *The Center of the Cyclone : An Autobiography of Inner Space* 1972, New York, Bantam Books.

LOCKERT O., *Hypnose humaniste : voie de guérison et d'éveil*, 2006 Paris, Éditions IFHE.

LOTSOF H., « Ibogaine in the treatment of chemical dependence disorders : Clinical perspectives », 1995, *Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS Bulletin)*, 5, 3, 16-27.

LOTSOF H., ALEXANDER N., « Case studies of ibogaine treatments :

Implications for patient management strategies », 2001, *Alkaloids Chemistry and Biology*, 56, 293-313.

LUDWIG A., LEVINE J., STARK L., *LSD and Alcoholism : A Clinical Study of Treatment Efficacy*, 1970, Springfield, Ill, Charles C. Thomas.

LUNA L., « The healing practices of a Peruvian shaman », 1984, *Journal of Ethnopharmacology*, 11, 123-133.

LUTZ A., GREISCHAR L., RAWLINGS N., et coll., « Long-term meditators self-induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice », 2004, *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, 101, 46, 13369-13373.

MAALSTE N., OSSEBAARD H. , « Follow-up study of Bastiaans LSD therapy », 1998-1999, *Bulletin of the MAPS*, VIII, 4, 2-3.

MABIT J., « L'hallucination par l'ayahuasca chez les guérisseurs de la haute Amazonie péruvienne », 1998, Document de travail 1, Institut français d'études andines, Lima.

MABIT J., « L'alternative des savoirs autochtones au "tout ou rien" thérapeutique », 2001, *Psychotropes*, 7, 1, 7-18.

MABIT J., « Ayahuasca in the treatment of addictions », 2007, *in Psychedelic Medicine : New Evidence for Hallucinogens as Treatments*, ed. M. Winkelman and T. Roberts, New York, Praeger.

MAC LEAN P., *The Triune Brain in Evolution*, 1990, New York, Plenum.

MAHONEY M., *Human Change Process : The Scientific Foundations of Psychotherapy*, 1991, New York, Basic Books.

MAISONNEUVE I., KELLER R., GLICK S., « Interactions of ibogaine and D-amphetamine : In vivo microdialysis and motor behavior in rats », 1992, *Brain Research*, 579, 1, 87-92.

MAISONNEUVE I., GLICK S., « Anti-addictive actions of an iboga alkaloid congener : A novel mechanism for a novel treatment », 2003, *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 75, 3, 607-618.

MAISONNEUVE I., GLICK S., « Attenuation of the reinforcing efficacy of morphine by 18-methoxycoronaridine », 1999, *European Journal of Pharmacology*, 383, 1, 15-21.

MALHOTRA A., PINALS D., ADLER C., et coll., « Ketamine-induced exacerbation of psychotic symptoms and cognitive impairment in neuroleptic-free schizophrenics », 1997, *Neuropsychopharmacology*, 17, 3, 141-150.

MALITZ S., ESECOVER H., WILKENS B., HOCH P. H., « Some observations on psilocybin, a new hallucinogen in volunteer subjects », *Comprehensive Psychiatry*, 1960, 1, 8-17.

MALLESON N., « Acute adverse reactions to LSD in clinical and experimental use in the United Kingdom », *British Journal of Psychiatry*, 1971, 118, 229-230.

MANGINI M., « Treatment of alcoholism using psychedelic drugs : A review of the program of research », 1998, *Journal of Psychoactive Drugs*, 30, 4, 381-418.

MANTERE T., TUPALA E., HALL H., et coll., « Serotonin transporter distribution and density in the cerebral cortex of alcoholic and non-alcoholic comparison subjects : A whole-hemisphere autoradiography study », 2002, *American Journal of Psychiatry*, 159, 599-606.

MANSFIELD V., SPIEGELMAN J., « Quantum mechanics and Jungian psychology : Building a bridge », 1989, *Journal of Analytical Psychology*, 34, 120-142.

MARSCH R., « La signification des drogues mentales », 1979, *in* Bailly J., Guimard J., *Essai sur l'expérience hallucinogène*, Paris, Belfond.

MARSDEN R., LUKOFF D., « Transpersonal healing with hallucinogens », 2007, *in Psychedelic Medicine : New Evidence for Hallucinogens as Treatments*, ed. M. Winkelman and T. Roberts, New York, Praeger.

MASH D., KOVERA C., BUCK B., et coll., « Medication development of ibogaine as a pharmacotherapy for drug dependence », 1998, *Annals of The New York Academy of Sciences*, 844, 274-292.

MASH D., KOVERA C., PABLO J., et coll., « Ibogaine : Complex pharmacokinetics, concerns for safety, and preliminary efficacy measures », 2000, *Annals of the New York Academy of Sciences*, 914, 394-401.

MASH D., KOVERA C., Pablo J., et coll., « Ibogaine in the treatment of heroin withdrawal », 2001, *Alkaloids Chemistry and Biology*, 56, 155-171.

MASTERS R., HOUSTON J., *The Varieties of Psychedelic Experience*, 1966, New York, Holt, Rinehart, Janovich.

MAULER S., et coll., « 5-HT receptor ligands differentially affect operant self-administration of ethanol in the rat », 1999, *European Journal of Pharmacology*, 370, 217-223.

MCCABE O., « Psychedelic drug crises : Toxicity and therapeutics », 1977, *J. Psychedelic Drugs*, 9, 107-121.

MCCANN U., RIDENOUR A., SHAHAM Y., RICAURTE G., « Serotonin toxicity after (+/-)3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA; "Ecstasy") : A controlled study in humans », *Neuropsychopharmacology*, 1994, 10, 129-138.

MCCANN U., SZABO Z., SCHEFFEL U., DANNAL R., RICAURTE G., « Positron emission tomographic evidence of toxic effect of MDMA

("Ecstasy") on brain serotonin neurons in human being », 1998, *The Lancet*, 352, Oct. 31, 1437.

McGLOTHIN W., ARNOLD D., FREEDMAN D., « Organicity measures following repeated LSD ingestion », 1969, *Archives of General Psychiatry*, 17, 704-709.

McGLOTHIN W., ARNOLD D., « LSD revisited. A ten-year follow-up of medical LSD use », 1971, *Archives of General Psychiatry*, 24, 35-49.

McKENNA T., *The Archaic Revival*, 1991, San Francisco, HarperCollins.

McKENNA T., *Food of the Gods*, 1992, New York, Bantam Books.

McKENNA D., « Mescaline. A molecular history », January 2006, *Fate*.

McKENNA D., « The healing vine : Ayahuasca as medicine in the 21st century », 2007, *in Psychedelic Medicine : New Evidence for Hallucinogens as Treatments*, ed. M. Winkelman and T. Roberts, pp. 21-44, New York, Praeger.

McKENNA D., CALLAWAY J., GROB C., 1998, « The scientific investigation of ayahuasca : A review of past and current research », *The Heffter Review of Psychedelic Research*, vol. 1, 65-77.

MENNINGER K., « Comment », 1971, *American Journal of Psychiatry*, 128, 699.

MERCATALI L., « Pérou : religion et magie du cactus San Pedro », 1992, *Interdépendances*, 10, 25-26.

MERKUR D., *The Ecstatic Imagination : Psychedelic Experiences and the Psychoanalysis of Self-Actualization*, 1998, New York, SONY Press.

MERKUR D., *The Mystery of the Manna : The Psychedelic Sacrament of the Bible*, 2000, Rochester, VT, Inner Traditions International.

METZNER R., « The subjective after-effects of psychedelic experiences : A summary of four recent questionnaire studies », 1963, *Psychedelic Review*, 5, 339.

METZNER R., « Addiction and transcendence as altered states of consciousness », 1994, *Journal of Transpersonal Psychology*, 26, 1, 1-17.

METZNER R., « Hallucinogenic drugs and plants in psychotherapy and shamanism », 1998, *Journal of Psychoactive Drugs*, 30, 333-341.

METZNER R., « Reflections on the Concord prison : Project and the follow-up study », 1998, *Journal of Psychoactive Drugs*, 30, 4, 427-428.

METZNER R. (ed.), *Sacred Mushroom of Visions-Teonanacatl*, 2004, Rochester, Park Street Press.

METZNER R. (ed.), *Sacred Vine of Spirits*, 2006, Rochester, Park Street Press.

METZNER R., LITWIN G., WEIL G., « The relation of expectation and mood to psilocybin reactions : A questionnaire study », 1965, *Psychedelic Review*, 5, 3-39.

METZNER R., LEARY T., « On programming psychedelic experiences », 1967, *Psychedelic Review*, 7, 5-19.

METZNER R., ADAMSON S., « Using MDMA in healing, psychotherapy and spiritual practice », 2001, *in* Holland J. (ed), *Ecstasy : The Complete Guide*, pp. 182-207, Rochester VT, Inner Traditions.

MILLER W., C'DE BACA J., *Quantum Change : When Epiphanies and Sudden Insights Transform Ordinary Lives*, 2001, New York, The Guilford Press.

MITHOEFER M., « MDMA-assisted psychotherapy in the treatment of post traumatic stress disorder », 2004, *MAPS Bulletin*, 14, 3-4.

MITHOEFER M., « MDMA-assisted psychotherapy in the treatment of post traumatic stress disorder (PTSD) : Ninth update on study progress », 2006, *MAPS Bulletin*, 16, 14-15.

MITHOEFER M., « MDMA-assisted psychotherapy for the treatment of post traumatic stress disorder », 2007, *in Psychedelic Medicine : New Evidence for Hallucinogens as Treatments*, ed. M. Winkelman and T. Roberts, New York, Praeger, pp. 156-176.

MOJEIKO V., « Israël MDMA/PTSD research project », 2006, *MAPS Bulletin*, 16, 10.

MOLINARI H., MAISONNEUVE I., GLICK S., « Ibogaine neurotoxicity : A re-evaluation », 1996, *Brain Research*, 737, 1-2, 255-262.

MONTAGNE M., « Psychedelic therapy for the treatment of depression », 2007, *in Psychedelic Medicine : New Evidence for Hallucinogens as Treatments*, ed. M. Winkelman and T. Roberts, New York, Praeger, pp. 177-190.

MOODY R., *La Vie après la vie*, 1977, Paris, Robert Laffont.

MOORE M., ALLTOUNIAN H., *Journeys into the Bright World*, 1978, Massachusetts, Para Research, Inc.

MORENO F., DELGADO P., « Hallucinogen-induced relief of obsessions and compulsions », 1997, *Am. J. Psychiat.*, 7, 154, 1037-1038.

MORENO F., WIEGAND C. B., TAITANO E. K., DELGADO P., « Safety, tolerability and efficacy of psilocybin in 9 patients with obsessive-compulsive disorder », 2006, *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 1735-1740.

MORENO F., DELGADO P., « Psilocybin treatment of obsessive-compul-

sive disorder », 2007, *in Psychedelic Medicine : New Evidence for Hallucinogens as Treatments*, ed. M. Winkelman and T. Roberts, New York, Praeger, pp. 125-139.

MORIN G., *Aux sources du psychédélique*, 2008, Les Presses de l'Université Laval.

MORRIS K., « Research on psychedelics moves into the mainstream », May 3, 2008, *www. the lancet.com*, 371, 1491-1492.

Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies. 2006. Psychedelic Research around the World. At Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS) Web site : http//:www.maps.org/research/. Ben Lomond, CA : Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies.

MUNEER R. S., « Effects of LSD on human chromosomes », 1978, *Mutation Research*, 51, 403-410.

MYERS L., WATKINS S., CARTER T., « Flashbacks in theory and practice », 1998, *The Heffter Review of Psychedelic Research*, 1, 51-55.

NARANJO C., « Psychotherapeutic possibilities of new fantasy enhancing drugs », 1969, *Clinical Toxicology*, 2, 2, 209.

NARANJO C., *The Healing Journey. New Approaches to Consciousness*, 1973, New York, Pantheon Books.

NARANJO P., *Ayahuasca : etnomedicina y mitologia*, 1983, Libri Mundi ed., Quito.

NARBY J., *Le Serpent cosmique*, 1995, Éditions Georg.

National Institute on Drug Abuse, « Hallucinogens and dissociative drugs », 2001, National Institute on Drug Abuse Research Report Series, NIH Publication, vol. 01-4209.

NEWBERG A., D'AQUILI E., *Why God Won't Go away : Brain Science and the Biology of Belief*, 2001, New York, Ballantine Books.

NICHOLS D., « Hallucinogens », 2004, *Pharmacology and Therapeutics*, 101, 2, 131-181

NOLL R., « Shamanism and schizophrenia : A state-specific approach to the "schizophrenia metaphor" of shamanic states », 1983, *American Ethnologist*, 10, 3, 443-59.

NOLL R., « Mental imagery cultivation as a cultural phenomenon : The role of visions in shamanism », 1985, *Current Anthropology*, 26, 443-451, 457-461.

O'BRIEN C., « Drug addiction and drug abuse », 2001, *in* J. Hardman, L. Limbird, P. Molinoff, R. Ruddon, A. Gilman (eds.), *Goodman and Gilman's the Pharmacological Basis of Therapeutics*, pp. 574-639, New York, McGraw-Hill.

O'BRIEN C., « Drug addiction and drug abuse », 2006, *in* Brunton L., Lazo J., Parker K. (eds.), *Goodman and Gilman's the Pharmacological Basis of Therapeutics,* pp. 607-627, New York, McGraw-Hill.

OEHEN P., « MDMA/PTSD psychotherapy study in Switzerland launched », 2006, *MAPS Bulletin*, 16, 15.

O'HEARN E., MOLLIVER M., « The olivocerebellar projection mediates ibogaine-induced degeneration of Purkinje celles : A model o indirect, trans-synaptic excitotoxicity », 1997, *Journal of Neurosciences*, 17, 22, 8828-8841.

OLNEY, « Use of ibogaïne in reducing excitotoxic brain damage », US Patent-9.629.307.

ORTEGA A., BLOUNT J., MANCHAND P., « Salvinorin, a new transneoclerodane diterpene from *Salvia Divinorum* (Labiatiae) », 1982, *Journal of the Chemical Society*, Perkin Transactions 1, Organic and Bio-Organic Chemistry, 2505-2508.

O'SHEA E., GRANADOS R., ESTEBAN B., et coll., « The relationship between the degree of neurodegeneration of rat brain 5-HT terminals and the dose and frequency of administration of MDMA ("ecstasy") », 1998, *Psychopharmacology*, 37, 919-926.

OSMOND H., « A review of the clinical effects of psychotomimetic agents », 1957, *Annals New York Academy of Sciences*, 6, 3, 418-434.

OSTROFF R., GONZALES M., SANACORA G., « Antidepressant effect of ketamine during ECT », 2005, *Am. J. Psychiatry*, 162, 1385-1386.

OTT J., « Ethnopharmacology and human pharmacology of Salvia divinorum and salvinorin A », 1995, *Curare*, 18, 103-129.

PACE C., GLICK S., MAISONNEUVE I., et coll., « Novel iboga alkaloid congeners block nicotinic receptors and reduce drug self-administration », 2004, *European Journal of Pharmacology*, 492, 2-3, 159-167.

PAHNKE W. N., « An analysis of the relationship between psychedelic drugs and the mystical consciousness », 1963, Unpublished doctoral dissertation, Harvard University.

PAHNKE W. N., « The psychedelic mystical experience in the human encounter with death », 1969, *Harvard Theological Review*, 62, 1, 1-32.

PAHNKE W. N., « Psychedelic drugs and mystical experience », 1969b, *International Psychiatry Clinic*, 5, 149-162

PAHNKE W. N., « Psychedelic drugs and mystical experience », *in* E. M.

Pattison, ed., *International Psychiatry Clinics,* vol. 5, *Clinical Psychiatry and Religion*, 1969, Boston, Little, Brown and Company, 149-163.

PAHNKE W. N., KURLAND A., GOODMAN L., RICHARDS W., « LSD-assisted psychotherapy with terminal cancer patients », 1969, *Current Psychiatric Therapy*, 9, 144-152.

PAHNKE W. N., KURLAND A., UNGER S., SAVAGE C., GROF S., « The experimental use of psychedelic (LSD) psychotherapy », 1970, *Journal of the American Medical Association*, 212, 1856-1863.

PAHNKE W. N., KURLAND A., UNGER S., et coll., « Psychedelic therapy (utilizing LSD) with cancer patients », 1970b, *Journal of Psychedelic Drugs*, 3, 1, 63-75.

PAHNKE W., KURLAND A., UNGER S., SAVAGE C., GROF S., « The experimental use of psychedelic (LSD) psychotherapy », 1971, *Int. Z. Klin. Pharmakol. Ther. Toxikol.*, 4, 446-454.

PANCHAL V., TARASCHENKO O., MAISONNEUVE I., GLICK S., « Attenuation of morphine withdrawal signs by intracerebral administration of 18-methoxycoronaridine », 2005, *European Journal of Pharmacology*, 525, 1-3, 98-104.

PARKER L., SIEGEL S., « Modulation of the effects of rewarding drugs by ibogaine », 2001, *Alkaloids Chemistry and Biology*, 56, 211-225.

PARSONS W., *The Enigma of the Oceanic Feelings : Revisioning the Psychoanalytic Theory of Mysticism*, 1999, Oxford, Oxford University Press.

PASSIE T., *Psycholytic and Psychedelic Therapy Research 1931-1995 : A Complete International Bibliography*, 1997, Hanover, Germany, Laurentius Publishers.

PASSIE T., SEIFERT J., SCHNEIDER U., EMRICH H., « The pharmacology of psilocybin », 2000, *Addict. Biol.*, 7, 357-364.

PAUL I., SKOLNICK P., « Glutamate and depression : Clinical and preclinical studies », 2003, *Ann. NY Acad. Sci.*, 1003, 250-272.

PÉPIN G., CHÈZE M., BILLAUT F., GAILLARD Y., « Un nouvel hallucinogène en Europe : l'ayahuasca ou vin de l'esprit », 2000, *Journal de médecine légale droit médical*, 43, 7-8, 666-675.

PHIFER B., « A review of the research and theological implications of the use of psychedelic drugs with terminal cancer patients », 1977, *Journal of Drug Issues*, 7, 3, 287-292.

PINCHBECK D., *Breaking Open the Head : A Psychedelic Journey into the Heart of Contemporary Shamanism*, 2002, Broadway Books, New York.

POOLE R., BRABBINS C., « Drug induced psychosis », 1996, *British Journal of Psychiatry*, 168, 135-138.

PRESTI D., NICHOLS D., « Biochemistry and neuropharmacology of psilocybin mushrooms », 2004, *in Sacred Mushroom of Visions-Teonanacatl*, Metzner R. (ed.), Park Street Press, Rochester, 2004.

PRIBRAM K., Transcription d'un entretien avec Jeffrey Mishlove dans l'émission télévisée *Thinking Allowed*.

PROCHASKA J., NORCROSS J., DICLEMENTE C., *Changing for Good*, 1994, New York, William Morrow & Co.

PROCHASKA J., NORCROSS J., *Systems of Psychotherapy : A Transtheoretical Analysis*, 2007, 6th ed., Pacific Grove, A. Brooks-Cole Publishing Co.

PURSCH J., « Taking different approaches, both psychiatry and AA can help alcoholics », 1997, *Psychiatric Times*, 14, 7.

QUARANTA A., *S'étonner d'être. L'éveil à la joie d'être conscience*, 1999, Paris, Éditions Accarias, L'Originel.

QUETIN A. M., *La Psilocybine en psychiatrie clinique et expérimentale*, 1960, Paris, Medical Dissertation.

RAVALEC V., MELLENDI, PAICHELER A., *Bois sacré. Initiation à l'iboga*, 2004, Vauvert, Au diable vauvert.

REICH L., SILVAY G., « Ketamine : An update on the first twenty-five years of clinical experience », *Canadian Journal of Anesthesiology*, 1989, 36, 186-197.

REITMAN J., VASILAKIS A., « The lost freshman », 2004, *Rolling Stone Magazine*, 944, 62-66.

REUTERS, « Party craze for cat's drug », 1996, *The Guardian*, 2 juillet, p. 11.

REYNOLDS P., JINDRICH E., « A mescaline associated fatality », 1985, *J. Anal. Toxicol.*, 9, 183-184.

RIBA J., RODRIGUEZ-FORNELLS A., URBANO G., et coll., « Subjective effects and tolerability of the South American psychoactive beverage *ayahuasca* in healthy volunteers », 2001, *Psychopharmacology*, 154, 85-95.

RIBA J., ANDERER P., MORTE A., et coll., « Topographic pharmaco-EEG mapping of the effects of the South American psychoactive beverage ayahuasca in healthy volunteers », 2002a, *Br. J. Clin. Pharmacol.*, 53, 613-628.

RIBA J., RODRIGUEZ-FORNELLS A., BARNABOJ M., « Effects of ayahuasca on sensory and sensorimotor gating in humans as measured by P50

supression and prepulse inhibition of the startle reflex, respectively », 2002b, *Psychopharmacology*, Berlin, 165, 18-28.

RIBA J., ANDERER P., JANE F., et coll., « Effects of the South American psychoactive beverage ayahuasca on regional brain electrical activity in humans : A functional neuroimaging study using low-resolution electromagnetic tomography », 2004, *Neuropsychobiol.*, 50, 89-101.

RIBA J., BARBANOJ M., « Bringing ayahuasca to the clinical research laboratory », 2005, *Journal of Psychoactive Drugs*, 37, 2, 219-230.

RIBA J., ROMERO S., GRASA E., et coll., « Increased frontal and paralimbic activation following *ayahuasca*, the pan-Amazonian inebriant », 2006, *Psychopharmacology*, 186, 1, 93-98.

RICAURTE G., YUAN J., HATZIDIMITRIOU G., et coll., « Severe dopaminergic neurotoxicity in primates after a common recreational dose regimen of MDMA ("Ecstasy") », 2002, *Science*, 297, 2260-2263 (article rétracté).

RICHARDS W., RHEAD J., DILEO F., et coll., « The peak experience variable in DPT-assisted psychotherapy with cancer patients », 1977, *Journal of Psychedelic Drugs*, 9, 1, 1-10.

RIEDLINGER T. J., *The Sacred Mushroom Seeker : Essays for R. Gordon Wasson*, ed. 1990, Portland, OR, Dioscorides Press.

RIEDLINGER T. J., RIEDLINGER J. E., « Psychedelic and entactogenic drugs in the treatment of depression », *Journal of Psychoactive Drugs*, 1994, 26, 1, 41-55.

RINKEL M., ATWELL C., DIMASCIO A., BROWN J., « Experimental psychiatry *versus* psilocybin, a new psychotogenic drug », 1960, *New England Journal of Medicine*, 262, 295-297.

RINKEL M., DIMASCIO A., ROBEY A., ATWELL C., « Personality patterns and reaction to psilocybin », *in Neuro-Psychopharmacology*, vol. 2, ed. P. B. Bradley, 1961, pp. 273-279, Amsterdam, Elsevier.

ROBERTS T., *Psychoactive Sacramentals. Essays on Entheogens and Religion*, San Francisco, CSP, 2001.

ROBINSON J., DAVID L., SACK E., MORRISSEY J., « A controlled trial of abreaction with lysergic acid diethylamide », 1963, *British Journal of Psychiatry*, 109, 46-53.

ROQUET S., FAVREAU P., *Los Alucinogenos : de la concepcion indigena a una nueva psicoterapia*, 1981, Mexico DF, Ediciones Prisma.

ROSENFELD F., *Méditer, c'est se soigner*, 2007, Paris, Éditions Les Arènes.

ROSENZWEIG M., *Les Drogues dans l'Histoire, entre remède et poison.*

Archéologie d'un savoir oublié, 1998, Paris, Bruxelles, De Boeck Ed.

ROSS J., FOCHTMAN D., « Conscious sedation : A quality management project », *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 1995, 12, 15-21.

ROSSOW I., ROMELSJO A., LEIFMAN H. , « Alcohol abuse and suicidal behaviour in young and middle age men : Differentiating between attempted and completed suicide », 1999, *Addiction*, 94, 8, 1199-1207

ROTH B., BANER K., WESTKAEMPER R., et coll., « Salvinorin A : A potent naturally occurring non-nitrogenous kappa opioid selective agonist », 2002, *Proc. Natl. Acad. Sci.*, 99-18, 11934-11939.

ROUSSEAU P., « Spirituality and the dying patient », 2000, *Journal of Clinical Oncology*, 18, 2000-2002.

ROY C., « Indian peyotists and alcohol », 1973, *American Journal of Psychiatry*, 130, 10, 329-330.

ROY C., CHOUDHURI A., IRVINE D., « The prevalence of mental disorders among Saskatchewan Indians », 1970, *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1, 383-392.

RUCK C., BIGWOOD J., STAPLES D., OTT J., WASSON R., « Entheogens », 1979, *J. Psychedelic Drugs*, 11, 145-146.

SAFRAN J., MURAN J., *Negotiating the Therapeutic Alliance : A Relational Treatment Guide*, 2000, New York, Guilford Press.

SAGAN C., *Contact*, 1985, London, Orbit.

SANACORA G., ROTHMAN D., MASON G., KRYSTAL J., « Clinical studies implementing glutamate neurotransmission in mood disorders », 2003, *Ann. NY Acad. Sci.*, 1003, 292-308.

SANCHEZ-RAMOS J., « Banisterine and Parkinson's disease », 1991, *Clinical Neuropharmacology*, 14, 5, 391-402.

SANDISON R., SPENCER A., « The therapeutic value of lysergic acid diethylamide in mental illness », *Journal of Mental Science*, 1954, 100, 491-507.

SANDISON R., WHITELAW J., « Further studies in the therapeutic value of LSD-25 in mental illness », 1957, *Journal of Mental Science*, 103, 332.

SANTOS R. G., LANDEIRA-FERNANDEZ J., STRASSMAN R., MOTTA V., CRUZ A. P., « Effects of ayahuasca on psychometric measures of anxiety, panic-like and hopelessness in Santo Daime members », 2007, *Journal of Ethnopharmacology*, 112, 3, 507-513.

SAUNDERS N., *E comme ecstasy*, 1996, Paris, Éditions du Lézard.

SAUNDERS N., *Ecstasy Reconsidered*, 1997, London, Neal's Yard Desk Top Publishing Studio.

SAVAGE C., « Alcoholism and transcendence », 1962, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 135, 429-435.

SAVAGE C., JACKSON D., TERRILL J., « LSD, transcendence, and the new beginning », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 135, 425-429.

SAVAGE C., MCCABE O., « Residential psychedelic (LSD) therapy for the narcotic addict », 1973, *Archives of General Psychiatry*, 28, 808-814.

SCHALLER T., *L'Univers des chamanes*, 2006, Testez Éditions, Embourg.

SCHRODINGER E., *What Is Life ?*, 1992, New York, Cambridge University Press.

SCHULTES R., « The appeal of peyotl as a medicine », 1938, *American Anthropologist*, 40, 698-715.

SCHULTES R., HOFMANN A., *Plants of the Gods : Origins of Hallucinogenic Use*, 1979, London, McGraw-Hill.

SCHULTES R., HOFMANN A., *Plants of the Gods : Their Sacred, Healing, and Hallucinogenic Powers*, 1992, Rochester, VT, Inner Traditions.

SCHULTES R., HOFMANN A., RÄTSCH C., *Plants of the Gods : Their Sacred, Healing, and Hallucinogenic Powers*, 2001, Revised Edition, Rochester, VT, Healing Arts Press.

SESSA B., « Can psychedelics have a role in psychiatry once again ? », 2005, *British Journal of Psychiatry*, 186, 457-458.

SESSA B., NUTT D., « MDMA, politics and medical research : Have we thrown the baby out with bathwater ? », 2007, *J. Psychopharmacol.*, 21, 787-791.

SEWELL R., HALPERN J., POPE H. Jr., « Response of cluster headache to psilocybin and LSD », 2006, *Neurology*, 66, 1920-1922.

SEWELL R., HALPERN J., « Response of cluster headache to psilocybin and LSD », 2007, *in Psychedelic Medicine : New Evidence for Hallucinogens as Treatments*, ed. M. Winkelman and T. Roberts, New York, Praeger, tome 1, pp. 97-123.

SHANON B., *The Antipodes of the Mind : Charting the Phenomenology of the Ayahuasca Experience*, 2002, Oxford University Press.

SHANON B., « Biblical entheogens : A speculative hypothesis », 2008, *Time and Mind*, 1, 1, 51-74.

SHAPIRO H., « Drug deaths », 1996, Druglink Factsheet 19, Institute for the Study of Drug Dependence, London. Copies available from services (at)drugscope. org. uk

SHAPIRO M., WYTE R., HARRIS B., « Ketamine anesthesia in patients

with intracranial pathology », *British Journal of Anesthesiology*, 1972, 44, 1200-1204.

SHEFFLER D., ROTH B., « Salvinorin A : The "magic mint" hallucinogen finds a molecular target in the kappa opioid receptor », 2003, *Trends Pharmacol. Sci.*, 24, 3, 107-109.

SHEPPARD S., « A preliminary investigation of ibogaine : Case reports and recommendations for further study », 1994, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11, 4, 379-385.

SHERLOCK K., WOLFF K., HAY A., CONNER M., « Analysis of illicit ecstasy tablets : Implications for clinical management in the accident and emergency department », 1999, *Journal of Accident and Emergency Medicine*, 16, 3, 194-197.

SHERWOOD J., STOLAROFF M., HARMAN W., « The psychedelic experience. A new concept in psychotherapy », *Journal of Neuropsychiatry*, 1962, 4, 69-80.

SHULGIN A., « A scientist's view of miracles and magic », 2001, *in* Roberts T., *Psychoactive Sacramentals. Essays on Entheogens and Religion*, CSP, San Francisco.

SHULGIN A., « The new psychotherapy : MDMA and the shadow », 2001, *in* Roberts T., *Psychoactive Sacramentals. Essays on Entheogens and Religion*, San Francisco, CSP.

SHULGIN A. et A., *PiHKAL : A Chemical Love Story*, Transform Press, Berkeley, 1991.

SHULGIN A. et A., *TiHKAL : The Continuation*, Transform Press, Berkeley, 1997.

SIEGAL R., « Phencyclidine and ketamine intoxication : A study of four populations of recreational users », *National Institue of Drug Abuse Ressearch*, 1978, Monograph n° 21, 119-147.

SIEBERT D. J., « Salvia divinorum and Salvinorin A : New pharmacological findings », 1994, *Journal of Ethnopharmacology*, 43, 53-56.

SILVA E., CIRNE-SANTOS C., FRUGULHETTI I., et coll., « Anti-HIV-1 activity of the iboga alkaloid congener 18-methoxycoronaridine », 2004, *Planta Med.*, 70, 9, 808-812.

SISKIN E., *Washo Shamans and Peyotists : Religious Conflict in an American Indian Tribe*, 1983, Salt Lake City, University of Utah Press.

SJOBERG B., HOLLISTER L., « The effects of psychotomimetic drugs on primary suggestibility », 1965, *Psychopharmacologia*, 8, 251-262.

SJOGREN H., ERIKSSON A., AHLM K., « Role of alcohol in unnatural deaths : A study of all deaths in Sweden », 2000, *Alcohol. Clin. Exp. Res.*, 24, 7, 1050-1056.

SKLAR G., ZUKIN S., REILLEY T., « Adverse reactions to ketamine anesthesia. Abolition by a psychological technique », 1981, *Anesthesia*, 36, 183-190.

SKLEROV J., LEVINE B., MOORE K., et coll., « A fatal intoxication following the ingestion of 5-methoxy-N,N-dimethyltryptamine in an ayahuasca preparation », 2005, *Journal of Analytical Toxicology*, 29, 838-841.

SMITH A., TART C., « Cosmic consciousness experience and psychedelic experiences : A first person comparison », 1998, *Journal of Consciousness Studies*, 1, 97-107.

SMITH R., et coll., « Agonist properties of N,N-dimethyltryptamine at serotonin 5-HT2A and 5-HT2C receptors », 1998, *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 61, 323-330.

SMITH S., *Cleansing the Doors of Perception : The Religious Significance of Entheogenic Plants and Chemicals*, 2000, Jeremy P. Tarcher-Putnam, New York.

SOSKIN R., « The use of LSD in time-limited psychotherapy », 1973, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 157, 410-419.

SPINOZA B., *Ethics*, 1670-1967, London, Everyman's Library.

SPITZER M., THIMM M., HERMLE L., et coll., « Increased activation of indirect semantic associations under psilocybin », 1996, *Biological Psychiatry*, 39, 1055-1057.

STACE W., *Mysticism and Philosophy*, 1961, London, McMillan Press.

STERBACH H., « The serotonin syndrome », 1991, *American Journal of Psychiatry*, 148, 705-713.

STEVENS J., *Storming Heaven. LSD and the American Dream*, 1987, Atlantic Monthly Press, New York.

STEVENSON I., *Vingt Cas suggérant le phénomène de réincarnation*, 2007, J'Ai Lu, Collection « L'Aventure secrète ».

STOLAROFF M., « Using psychedelics wisely », 1993, *Gnosis* (Winter), 26, 26-30.

STOLAROFF M., *Thanatos to Eros : 35 Years of Psychedelic Exploration*, 1994, Thaneros Press, Lone Pine, CA.

STOLAROFF M., « A protocol for a sacramental service », 2001, *in* Roberts T., *Psychoactive Sacramentals. Essays on Entheogens and Religion*, San Francisco, CSP.

STOLAROFF M., *The Secret Chief Revealed*, 2004, Sarasota, FL, MAPS.

STRASSMAN R. J., « Adverse reactions to psychedelic drugs : A review of the literature », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1984, 172, 10, 577-595.

STRASSMAN R. J., « Human hallucinogenic drug research in the United States : A present-day case history and review of the process », 1991, *Journal of Psychoactive Drugs*, 23, 1, 29-38.

STRASSMAN R. J., « Human hallucinogenic drug research : Regulatory, clinical, and scientific issues », 1994, *NIDA Res. Monogr.*, 146, 92-123.

STRASSMAN R. J., « Hallucinogenic drugs in psychiatric research and treatment : Perspective and prospects », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1995, 183, 127-138.

STRASSMAN R. J., *DMT, la molécule de l'esprit*, Éditions Exergue, 2005.

STRASSMAN R. J., QUALLS C., « Dose response study of N,N-dimethyltryptamine in humans. I. Neuroendocrine, autonomic, and cardiovascular effects », 1994, *Arch. Gen. Psychiatry*, 51, 85-97.

STRASSMAN R. J., WOJTOWICZ S., LUNA L., FRECSKA E., *Inner Paths to Outer Space. Journeys to Alien Worlds through Psychedelics and Other Spiritual Technologies*, 2008, Rochester, Vermont, Park Street Press.

STUCKEY D., LAWSON R., LUNA L., « EEG gamma coherence and other correlates of subjective reports during *ayahuasca* experiences », 2005, *Journal of Psychoactive Drugs*, 37, 2, 163-178.

SUEUR C., BÉNÉZECH A., DENIAU D., LEBEAU B., ZISKIND C., « Les substances hallucinogènes et leurs usages thérapeutiques. Partie 1. Revue de la littérature », 1999, *www.toxibaseorg, Dossiers « Thema »*, 4, 1-28.

SUEUR C., BASTIANELLI M., BÉNÉZECH A., CAMMAS R., « Usage de drogues de synthèse. Réduction des risques dans le milieu festif techno », 1999b, Rapport de recherche-action, Médecins du monde, Mission Rave, Paris.

SUEUR C., BÉNÉZECH A., DENIAU D., LEBEAU B., ZISKIND C., « Les substances hallucinogènes et leurs usages thérapeutiques. Revue de la littérature. Partie 2 », 2000, *www.toxibaseorg, Dossiers « Thema »*, 1, 1-35.

TANG A., COLLINS R., « Behavioral effects of a novel kappa opiod analgesic, U-50488, in rats and rhesus monkeys », 1985, *Psychopharmacology (Berl)*, 85, 3, 309-314.

TIIHONEN J., KIUKKA J., BERGSTRÖM K., et coll., « Single-photon emission tomography imaging of monoamine transporters in impulsive violent behavior », 1997, *European Journal of Nuclear Medicine*, 2, 1235-1260.

TILLER W., DIBBLE W., KOHANE M., *Conscious Acts of Creation : The Emergence of a New Physics*, 2001, Pavior Publishing.

TUREK I., SOSKIN R., KURLAND A., « Methylenedioxyamphetamine (MDA) subjective effects », 1974, *J. Psychedelic Drugs*, 6, 7-14.

TURNER D., *Salvinorin. The Pychedelic Essence of Salvia Divinorum*, 1996, Panther Press.

TURNER T., « 2C-B plus ketamine : Peaking behind the curtain... », 1996, Trey's Travelogues, online only (www.lavondyss.com/donut/trey.html).

VALDES ILL L., DIAZ J., PAUL A., « Ethnopharmacology of Ska Maria Pastora (Salvia Divinorum, Epling and Jativa-M.) », 1983, *Journal of Ethnopharmacology*, 7, 287-312.

VALDES ILL L., BUTLER W., HATFIELD G., et coll., « Divinorin A : A psychotropic terpenoid, and Divinorin B from the hallucinogenic Mexican mint *Salvia divinorum* », 1984, *Journal of Organic Chemistry*, 49, 4716-4720.

VALLA J.-P., *L'Expérience hallucinogène*, 1983, Paris, Masson.

VALLA J.-P., *Les États étranges de la conscience*, 1992, Paris, PUF.

VASTAG B., « Addiction treatment strives for legitimacy », 2002, *JAMA*, 288, 24, 3096, 3099-3101.

VAUGHAN F., « Transpersonal counseling : Some observations regarding entheogens », 2001, *in* Roberts T., *Psychoactive Sacramentals. Essays on Entheogens and Religion*, San Francisco, CSP.

VERNET I., « Actions psychologique et thérapeutique de la psilocybine », *Médecine et Hygiène*, 1960, 18, 420.

VILLOLDO A., « An introduction to the psychedelic psychotherapy of Salvador Roquet », *Journal of Humanistic Psychology*, 1977, 17, 45-58.

VOLLENWEIDER F., LEENDERS K., SCHARFETTER C., et coll., « Positron emission tomography and fluorodeoxyglucose studies of metabolic hyperfrontality and psychopathology in the psilocybin model of psychosis », 1997a, *Neuropsychopharmacology*, 16, 357-372.

VOLLENWEIDER F., LEENDERS K., SCHARFETTER C., et coll., « Metabolic hyperfrontality and psychopathology in the ketaminje model of psychosis using positron emission tomography (PET) and (18F) fluorodeoxyglucose (FDG) », 1997b, *European Neuropsychopharmacology*, 7, 9-24

VOLLENWEIDER F., VOLLENWEIDER-SCHERPENHUYZEN M., BABLER A., et coll., « Psilocybin induces schizophrenia-like psychosis in humans via a serotonin-2 agonist action », 1998, *Neuroreport*, 9, 3897-3902.

WAINWRIGHT W., *Mysticism : A Study of Its Nature, Cognitive Value and Moral Implications*, 1981, Milwaukee, WI, University of Wisconsin Press.

WALSH R., GROB C., eds., *Higher Wisdom : Eminent Elders Explore the Continuing Impact of Psychedelics*, 2005, New York, State University of New York Press.

WASSON R., « A new Mexican psychotropic drug from the mint family », 1962, *Botanical Museum Leaflets Harvard University*, 20,3, 77-84.

WASSON R., *Soma : Divine Mushroom of Immortality*, 1968, New York, Harcourt, Brace & World.

WASSON R., HOFMANN A., RUCK C., *The Road to Eleusis : Unveiling the Secret of the Mysteries*, 1978, New York, Harcourt, Brace, Jovanovich.

WASSON R., KRAMRISCH S., OTT J., RUCK C., *Persephone's Quest : Entheogens and the Origins of Religion*, 1986, New Haven, Yale University Press.

WEIL A., *The Natural Mind*, 1986, New York, Houghton Mifflin.

WEINBERG S., « A unified physics by 2050 ? », décembre 1999, *Scientific American*, 36-43.

WEISS B. L., *Une même âme, de nombreux corps*, 2006, Éditions Véga.

WEISS B. L., *Nos vies antérieures. Un médecin découvre les pouvoirs de l'hypnose et des régressions*, 2007, J'Ai Lu, collection « L'Aventure secrète ».

WIDMER S., *Listening into the Heart of Things. The Awakening of Love. On MDMA and LSD : The Undesired Psychotherapy*, 1997 (1989 pour l'édition en allemand), USA, Basic Edition.

WILBER K., *The Integral Vision. A very Short Introduction to the Revolutionary Integral Approach to Life, God, the Universe, and Everything*, 2007, Boston & London, Shambhala.

WINKELMAN M., « Psychointegrators : Multidisciplinary perspectives on the therapeutic effects of hallucinogens », 2001, *Complementary Health Practice Review*, 6, 3, 219-237.

WINKELMAN M., « Drug tourism or spiritual healing ? Ayahuasca seekers in Amazonia », 2005, *Journal of Psychoactive Drugs*, 37, 2, 209-218.

WINKELMAN M., « Shamanic guidelines for psychedelic medicine », 2007, *in Psychedelic Medicine : New Evidence for Hallucinogens as Treatments*, ed. M. Winkelman and T. Roberts, New York, Praeger, tome 2, pp. 143-167.

WINKELMAN M., ROBERTS T. (ed.), *Psychedelic Medicine : New Evidence for Hallucinogens as Treatments*, 2007, vol. 1 et 2, New York, Praeger.

WISE R., « Drug-activation of brain reward pathways », 1998, *Drug Alcohol Depend.*, 51, 13-22.

WITTMANN M., CARTER O., HASLER F., et coll., «Effects of psilocybin on time perception and temporal control of behavior in humans», 2007, *J. Psychopharmacol.*, 21, 50-64.

XU Z., CHANG L., SLIKKER W., et coll., «A dose-response study of ibogaine-induced neuropathology in the rat cerebellum», 2000, *Toxicology Science*, 57, 1, 95-101.

YENSEN R., «LSD and psychotherapy», 1975, *Journal of psychoactive Drugs*, 17, 4, 267-277.

YENSEN R., «Perspectives on LSD and psychotherapy : The search for a new paradigm», 1994, *in 50 Years of LSD. Current Status and Perspectives of Hallucinogens*, ed. A. Pletscher and D. Ladewig, 191-202, Parthenon, New York, London.

YENSEN R., DRYER D., «Thirty years of psychedelic research : The Spring grove experiment and its sequels», 1993-1994, *Yearbook of the European College for the Study of Consciousness*, 73-102.

YENSEN R., DILEO F., RHEAD J., et coll., «MDA-assisted psychotherapy with neurotic outpatients : Pilot study», 1976, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 163, 233-245.

YENSEN R., DRYER D., «Thirty years of psychedelic research. The Spring grove experiment and its sequels», 1995, *in Yearbook of the European College for the Study of Consciousness*, 1993-1994, 73-102.

YENSEN R., DRYER D., «The consciousness research of Stanislav Grof», 1996, *in Text-Book of Transpersonal Psychiatry and Psychology*, ed. B. W. Scotton, A. B. Chinen and J. R. Battista, New York, Basic Books.

YILMAZ A., SCHULZ D., AKSOY A., CANBEYLI R., «Prolonged effects of an anaesthesic dose of ketamine on behavioral despair», 2002, *Pharmacology of Biochemical Behavior*, 71, 1-2, 341-344.

ZARATE C. A., SINGH J. B., CARLSON P. J. *et al.*, «A randomized trial of an N-methyl-D-Aspartate antagonist (ndlr : kétamine) in treatment-resistant major depression», *Archive General of Psychiatry*, 2006, 63, 8, 856-864.

ZINBERG N., *Drug, Set, and Setting : The Basis for Controlled Intoxicant Use*, 1984, New Haven, Yale University Press.

ZOHAR D., *The Quantum Self*, 1991, London, Flamingo-Harper Collins.

ZOJA L., *Drugs, Addiction and Initiation. The Modern Search for Ritual*, 1989, Einsiedeln, Switzerland, Daimon.

Remerciements

Merci à mes enfants, Thomas, Estelle, Conrad et Milona pour leur simple existence.

Merci à ma femme, Alexandra, pour son amour.

Merci à mes confrères et amis Jacques Fumex et Frédéric Rosenfeld pour m'avoir rendu curieux de découvrir.

Merci à Guillaume Blivet pour son savoir, et au Dr Gabriel Mécheri pour son soutien.

Merci à mon éditrice Catherine Meyer pour avoir cru en l'utilité de cet ouvrage et pour la modération qu'elle y a introduite.

Merci aux membres du GLUPS (ils se reconnaîtront) pour leur courage et leur amitié.

Merci aux chamanes Jacques Mabit, Ulla Straessle et Laurent Hughelit pour le partage de leur connaissance spirituelle.

Merci à Alexandre Quaranta pour sa sagesse.

Merci à Stéphane Allix, fondateur de l'INREES (Institut de recherche sur les expériences extraordinaires) pour le soutien qu'il apporte à l'étude des réalités non visibles.

Merci à Laurence Tourot pour sa patiente relecture.

Merci à mes amis Belka, Rodolphe et Mourad pour leurs questions pertinentes.

Merci à mes parents et à tous mes ancêtres, pour l'existence qu'ils m'ont donnée.

Gratitude envers l'Esprit qui anime toute forme de vie.

Table

INTRODUCTION 7

Des médicaments puissants, non des drogues 9

La médecine psychédélique : histoire d'une première naissance qui a mal tourné 12

La recherche reprend 13

CHAPITRE I. QU'EST-CE QUE LES PSYCHÉDÉLIQUES ? 17

Plusieurs mots, une seule réalité ? 18

Peut-on parler de stupéfiants ?, 19. – *Les hallucinogènes*, 19. – *Psychédéliques, l'appellation la plus juste*, 25. – *Enthéogènes : quand on insiste sur la dimension spirituelle*, 27. – *Les empathogènes-entactogènes*, 29. – *Les psychotomimétiques, première appellation des PDL*, 30. – *Les délirogènes*, 32. – *Les psycholytiques*, 34.

Comment classer les psychédéliques ? 36

Drogues et psychédéliques n'appartiennent pas au même monde 37

Les psychédéliques ne sont pas des médicaments ordinaires 42

Les effets des psychédéliques 46

Les effets psychothérapeutiques classiques, 48. – *Les effets transpersonnels, un défi pour les psys d'aujourd'hui ?*, 50. – *Les effets spirituels*, 52. – *L'effet entactogène et empathogène*, 55. – *Les effets physiques*, 55.

Les psychédéliques : quelques mécanismes d'action possibles 57

CHAPITRE II. MYTHES ET IDÉES REÇUES 67

DÉMÊLER LE VRAI DU FAUX 68

« Les psychédéliques créent une dépendance. C'est comme une drogue. », 68. – *« C'est dangereux. On peut faire une overdose et mourir. »*, 72. – *« Les psychédéliques peuvent détruire les cellules du cerveau. »*, 77. – *« Les psychédéliques favorisent la créativité. »*, 80. – *« On peut devenir fou, rester "perché" toute sa vie, ou bien se suicider. »*, 81. – *« On peut faire un "bad trip", un mauvais voyage ou des expériences effrayantes. »*, 8. – *« Il y a des "flash-back" longtemps après. »*, 90. – *« Il y a une descente aux enfers au retour du voyage (un "crash"). »*, 93. – *« Ça rend les gens dangereux, pour eux-mêmes et/ou pour les autres. »*, 94. – *« C'est un truc de hippies, de la contre-culture. L'utiliser comme un médicament, c'est de l'antipsychiatrie. »*, 95. – *« Ce sont des hallucinations, ou des fantasmes, mais ce n'est pas la réalité. »*, 98. – *« Les psychédéliques, le chamanisme et le néo-chamanisme, tout cela relève d'une secte. »*, 99. – *« Les psychédéliques peuvent nous soumettre à quelqu'un, nous rendre dépendant de lui. »*, 101. – *« Y a-t-il une explication scientifique aux phénomènes extraordinaires survenant en état modifié de conscience ? »*, 104.

POURQUOI TANT DE MYTHES ET D'IDÉES FAUSSES SUR LES PSYCHÉDÉLIQUES ? 107

CHAPITRE III. LES PSYCHÉDÉLIQUES AU SERVICE DE LA MÉDECINE ET DE LA PSYCHIATRIE 117

LA KÉTAMINE OU « SPÉCIAL K » 121

De quoi s'agit-il ?, 121. – *Les premiers travaux sur la kétamine*, 123. – *La kétamine comme antidépresseur*, 126. – *La kétamine dans le traitement des addictions*, 128. – *Kétamine et schizophrénie*, 131. – *Les précautions indispensables*, 132. – *Les mécanismes d'action de la kétamine : hypothèses et supputations*, 133. – *Quelles sont les perspectives de recherche ?*, 137.

LA MDMA OU ECSTASY 138

Le principal bénéfice : anesthésier la peur et la douleur mentale, 140. – *La MDMA comme adjuvant au processus thérapeutique*, 141. – *Des effets toxiques ?*, 145. – *Comment un médicament devient une drogue illégale*, 146. – *La recherche reprend cependant : la MDMA et le syndrome de stress posttraumatique*, 150. – *D'autres applications encore*, 152. – *L'information et la prévention des risques liés à l'utilisation sauvage de la MDMA*, 153.

LE LSD 155

Les premiers travaux scientifiques sur le LSD, 156. – *Le LSD, un complément thérapeutique pour les patients alcooliques*, 161. – *Le sevrage des héroïnomanes*, 164. – *Le LSD pour soulager la douleur et accompagner les patients en fin de vie*, 166. – *LSD et autres douleurs insoutenables : membres fantômes et algies neurovasculaires de la face*, 169. – *LSD et troubles obsessionnels compulsifs : une piste à suivre ?*, 172. – *La sécurité au long cours du LSD*, 173. – *Les champignons à psilocibine*, 174. – *Les recherches des années 1960*, 175. – *La recherche fondamentale reprend*, 178. – *De nouvelles recherches cliniques*, 179. – *Les algies neuro-vasculaires de la face (ou ANF)*, 186.

L'AYAHUASCA 188

Le contexte et l'histoire, 188. – *Les qualités chimiques du breuvage*, 189. – *L'ayahuasca, pour quoi faire ?*, 191. – *Les applications médicales et psychothérapeutiques : état des recherches*, 192. – *D'autres applications possibles ?*, 202. – *Toxicité aiguë ?*, 202. – *Crises psychopathologiques ?*, 206. – *L'ayahuasca vue par la psychologie cognitive*, 206. – *L'ayahuasca vue par les sciences fondamentales*, 207. – *Alors, l'ayahuasca ?*, 209.

L'IBOGA ET L'IBOGAÏNE 209

Les origines : le Bwiti, 210. – *Une histoire française non achevée*, 211. – *Survint Lotsof*, 213. – *Une substance originale*, 216. – *L'ibogaïne meilleur médicament potentiel pour la guérison des toxicomanies ?*, 220. – *La toxicité*, 223. – *Les précautions indispensables*, 224. – *L'avenir*, 226.

La mescaline et les cactus peyotl (ou peyot) et San Pedro 228
Le peyotl, la NAC et la lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie, 233. – *Le peyotl pris au long cours : pas de toxicité et effets psychologiques bénéfiques*, 235.

La sauge divinatoire (*Salvia divinorum*) 236
Histoire, 236. – *Pharmacologie*, 237. – *Utilisation et utilité*, 238. – *La Salvia divinorum en psychothérapie et en psychiatrie*, 240.

Le cadre indispensable d'utilisation 244
Le contexte d'utilisation est déterminant, 244. – *L'expérimentation non-médicale : les dangers de la non-information*, 245.

Le cadre d'utilisation des psychédéliques dans la médecine moderne 246

CHAPITRE IV. ET POURQUOI NE PAS ALLER PLUS LOIN ? SPIRITUALITÉ ET ENTHÉOGÈNES 249

Spiritualité et psychiatrie 249

Les expériences mystiques et spirituelles avec psychédéliques 252
Comment sont-elles vécues ?, 253. – *Une expérience spirituelle à tous les coups ?*, 257. – *Quelle différence avec les expériences mystiques spontanées ?*, 263. – *Les psychédéliques à l'origine des religions ?*, 265.

Ces expériences spirituelles, qui peut en profiter, pourquoi les provoquer ? 269
À qui proposer l'utilisation non médicale des PDL ?, 269. – *La spiritualité a-t-elle un intérêt thérapeutique ?*, 271.

Comment passer d'un état spirituel momentané à un développement spirituel au long cours ? 273
« État » n'est pas « développement », 273. – *Enraciner l'expérience psychédélique dans une pratique spirituelle quotidienne*, 276. – *Les pratiques spirituelles, avec ou sans substances ?*, 278. – *Conclusion*, 283.

CHAPITRE V. LOI, MÉDIAS ET SOCIÉTÉ : CONTRESENS ET CONTRE-SCIENCE 285

La loi et ses contradictions 289
Une classification erronée, 290. – *Le déni des besoins de prévention et de réduction des risques*, 295. – *Quand les instances publiques sont mal informées*, 299.

La société moderne et son rejet des psychédéliques 301
L'industrie et les lobbys pharmaceutiques : une histoire de gros sous, 301. – *L'esprit matérialiste et sa phobie des états modifiés de conscience*, 303. – *Une image négative dans les médias*, 305. – *Les professionnels de la santé*, 308. – *L'héritage des religions monothéistes*, 310.

Des pistes pour le futur 312

EN CONCLUSION : POUR UNE RÉHABILITATION DES PSYCHÉDÉLIQUES ? 314

Des PDL, pour qui et dans quelles conditions ? 314

De nouvelles pistes à explorer dans la recherche psychédélique 318

Et si l'on devait retenir l'essentiel… 321

Annexes 323

Glossaire 331

Notes 337

Bibliographie 353

Remerciements 391

Cet ouvrage a été publié sous la direction de Catherine Meyer
avec la collaboration d'Aleth Stroebel.
La maquette a été réalisée par Daniel Collet (In Folio).
La révision a été assurée par Marceau Piana
et Liliane Crapanzano.

Cet ouvrage a été imprimé en France
par CPI Bussière
à Saint-Amand-Montrond (Cher)
en mars 2009
ISBN : 978-2-35204-081-1
Dépôt légal : mars 2009.
N° d'imprimeur : 090886/4.