

Urgence spirituelle

Andréa Cabanes

Dans la crise d'émergence spirituelle, on est susceptible de partir du principe suivant : « la vie ne vaut pas la peine d'être vécue », ce qui peut conduire le sujet à des idées suicidaires avec préméditation (la décision est prise). Ce serait l'exacerbation de ce que Sigmund Freud appelle la pulsion de mort. C'est ce qui va ensuite engendrer un genre de commutation, c'est-à-dire d'intégration de cette fatalité : projection dans la mort, ou mort symbolique. C'est à ce moment précis que s'effectue un lâcher-prise d'envergure. Vient ensuite l'expérience de reviviscence associée : montée de la kundalini (énergie lovée dans le coccyx), ouverture des chakras... Il y a une dialectique entre la pulsion de vie et la pulsion de mort (la rétention de la kundalini au niveau du chakra sacré – c'est-à-dire la zone génitale que j'associe personnellement à l'ambivalence – se délite et ainsi, l'énergie sexuelle est sublimée), les gonades sont catalysées... Ce qui active la glande pinéale (épiphyse, dans le cerveau ; apparaît au même moment que les gonades au cours de la gestation) qui va se mettre à produire de la diméthyltryptamine (DMT, seul psychotrope endogène, naturellement sécrété par cette partie du cerveau). A noter que c'est cette même partie du cerveau qui produit de la mélatonine lors de l'endormissement : on peut ainsi dire que la DMT serait l'hormone de l'éveil dans une fonction spirituelle. Il va y avoir une unification chimique et fréquentielle au sein du troisième ventricule cérébral, associée à une synchronisation hémisphérale ; une probable émission d'ondes gamma (ces mêmes ondes que l'on retrouve chez les grands méditants orientaux à l'œuvre) ; et un phénomène de liage (le connectome, c'est-à-dire l'ensemble des connexions neuronales, est unifié). Tout cela va constituer un état non-ordinaire de conscience, où la translimitalité (état de porosité entre le conscient et l'inconscient, et, par déduction, entre la partie consciente et la partie inconsciente de notre cerveau) met en scène les fameux archétypes qu'évoque Carl Gustav Jung dans son approche, sous forme d'archéidolies, de phantopsies et/ou de paréidolies... Dans cette perspective, les apports de la physique quantique ne sont pas négligeables.

Le sujet devient hypersensoriel, hypersensible et hypersensitif, ce qui peut donner lieu à des perceptions extrasensorielles. Tous ces éléments vont l'introduire dans un voyage psychonautique (expérience chamanique ou état limite avec la transe). Il va pouvoir exprimer librement sa créativité, vivre ce que j'appelle personnellement des hyper-synchronicités (dues à la fulgurance de l'éveil), et commencer à interpréter les archétypes en action dans son champ sensitif, à tort ou à raison. S'il vit l'expérience en milieu familial, il est fort possible que naisse une agitation réactionnelle anxiogène de l'entourage qui induirait un sentiment d'insécurité non mesuré, autant par le sujet que par les proches ; et c'est, je pense, ce qui peut être à l'origine d'un syndrome confusionnel qui – je le précise – est identifié par l'arsenal théorique de la biopsychiatrie comme étant soudain et temporaire, ce qui peut bien évidemment mener à des erreurs d'interprétation, notamment au sujet des synchronicités.

Ce cas de figure étant propice à une hospitalisation, le sujet peut être amené de fil en aiguille à se confronter à l'institution psychiatrique (qui, pour ceux qui l'ignorent, est dépourvue d'appareils de mesure tel qu'électroencéphalographe ou appareil électrophysionique) : bien que le sujet ne représente un danger ni pour lui ni pour les autres (les idées morbides ayant été transcendées) ; bien que son état ne soit pas particulièrement invalidant (il est toujours en capacité d'agir dans le bon sens au quotidien) ; bien qu'il soit ouvert à la discussion et conscient, le diagnostic associé pathologise (or le sujet n'est pas dépourvu de jugement éclairé, mais son jugement est éclairé sous un nouveau jour). S'il y a demande d'hospitalisation et qu'elle est approuvée par le professionnel de santé, va se mettre en place l'administration d'un ou de plusieurs neuroleptiques (quand bien même cette dernière pratique est fortement prohibée) traumatisants pour le sujet dans son voyage psychonautique. Ce qui génère finalement une vraie pathologie due à une mauvaise prise en charge qui trouve sa source dans

une méconsidération de la dimension spirituelle de l'être humain. Cela crée une faille dans la psyché, qui laisse libre cours au monde de l'astral où foisonnent des énergies peu recommandables.

Si l'on se penche sur les apports physiopathologiques de la neuro-imagerie en recherche psychiatrique, on découvre que chez ledit schizophrène et ledit bipolaire, il y aurait des anomalies structurelles associées à la maladie, et des corrélats anatomiques et fonctionnels des différents symptômes. Permettez-moi de paraphraser un peu (en gras mes remarques personnelles) :

- Dans le cas de la schizophrénie, il y aurait des signes d'atrophie du cervelet chez les patients chroniques, avec un élargissement des ventricules ; une réduction du volume du gyrus temporal supérieur (notamment du côté gauche, associé avec les processus de traitement des informations auditives et du langage) dont le planum temporale et le gyrus de Heschl ; des anomalies des structures limbiques (amygdale, hippocampe, gyrus parahippocampique, cortex cingulaire antérieur) mais également des régions frontales ; des atteintes au niveau pariétal (notamment le lobule pariétal inférieur), au niveau de l'insula, du corps calleux (**jointure entre les deux hémisphères**), du cortex entorhinal et des structures sous corticales (ganglions de la base et thalamus). **Les auteurs de la source bibliographique dans laquelle je puise précisent : « hétérogénéité des différentes populations de patients en dépit du critère diagnostique commun »**. Que cela veut-il dire exactement ?
- Dans le cas de la bipolarité, un élargissement des ventricules latéraux ; un volume de l'amygdale (**lié à la peur**) augmenté (pas généralisé, **mais on peut faire le rapprochement avec un éventuel sentiment d'insécurité au sein du foyer familial et/ou de l'institution psychiatrique : hypervigilance consécutive d'un trauma**) ; chez les enfants et adolescent : diminution significative du volume de l'amygdale gauche ; augmentation ou réduction des régions hippocampiques et parahippocampiques ; la durée de la maladie est associée à l'élargissement d'une région comprenant une partie de l'amygdale ; « les patients examinés lors du premier épisode de trouble bipolaire ne présentent pas de réduction de la substance grise au niveau frontal-insulaire, alors que les patients bipolaires connaissant une longue maladie présentent un volume plus faible de cette région ».

[Je ne parle même pas ici des disparités de matière grise.]

Dans les deux cas, et ce qui est suspicieux, de mon point de vue, c'est que les auteurs ne précisent pas si les sujets sont traités. Or, on ne peut pas généraliser des anomalies structurelles (donc par déduction génétiques – je préfère personnellement parler d'anomalies développementales, c'est-à-dire épigénétiques) à partir d'une population de patients traités, auquel cas ce n'est plus « structurel » mais neuroplastique (au sens où le traitement induit ces anomalies). Quand bien même, qui dit dysfonctionnement dit fonctionnement sous-jacent, c'est-à-dire qu'un dysfonctionnement peut être révélateur d'un autre mode de fonctionnement (possible), dont tout le monde ne bénéficierait pas du fait des prédispositions acquises et innées.

L'électroencéphalographie et, plus généralement, l'imagerie cérébrale, n'est qu'une mise en exergue d'indicateurs hormonaux (lesdits « biomarqueurs ») : on ne peut identifier de maladie par ce biais. C'est un leurre.

De simples observations, les experts en biopsychiatrie passent étonnamment vite aux déductions, pourvu que la pharmacopée soit lucrative ! C'est un point de vue matérialiste, normatif et mercantile. Rien n'est prouvé. De plus, étymologiquement, « anomalie » se traduit par *anomalia* (latin et grec), qui signifie « aspérité » ou « irrégularité ». Par aspérité, j'entends personnellement « manque » ; et par

irrégularité, « fonctionnalité » par rapport à une NORME. Il n'y a (si je puis dire) anomalie que dans LA TÊTE DES BIOPSYCHIATRES.

Quant aux « anomalies du système de récompense » dans ladite bipolarité, elles peuvent être en lien avec un traumatisme (comme évoqué en amont) infligé par le traitement chimique (en l'occurrence les neuroleptiques – il s'agit, comme dans le cas d'un cancer, d'une chimio) et corporel (cloisonnement, chambre d'isolement, contention...). Réactionnellement, ce que les neuroscientifiques appellent « la réponse combat-fuite » (qui se distingue de « la réponse de relaxation » et qui est propre à la peur – amygdales) s'impose face à la famille (foyer anxigène insécurisant) puis face aux professionnels de santé (artisans du traumatisme).

La corruption du système de récompense par le traumatisme conduit le sujet à revivre les mêmes problématiques en cas d'éveil renouvelé de la kundalini : ce que les biopsychiatres appellent « la rechute », la fameuse.

Source : « Imagerie cérébrale en psychiatrie : Contributions physiopathologiques de la neuro-imagerie », sous la direction de Philippe Fossati, Editions Lavoisier Médecine Sciences, collection Psychiatrie, 2015, 304 p.