

Ouvrons les yeux. C'est impossible, nous sommes aveugles, dit le docteur. C'est tellement vrai que le pire aveugle est celui qui ne veut pas voir. Mais si, je veux voir, dit la fillette aux lunettes noires. Ce n'est pas pour cela que tu verras, la seule différence, c'est que tu cesses d'être la pire aveugle...

José SARAMAGO, *Essai sur la cécité*

Avant-propos

L'histoire du noble chevalier basque Iñigo (Ignace) de Loyola est un cheminement de guérison. Un lundi de Pentecôte 1521, il défendait la forteresse de Pampelune contre les troupes françaises en surnombre. Le « coup » qui frappa Ignace dans cette situation militaire sans issue prit la forme d'un boulet de canon tiré par l'adversaire. Ce projectile occasionna une blessure de la jambe droite qui ne voulait pas guérir. Ignace en parle dans son *Autobiographie*¹, qu'il dicta bien des années plus tard. Par ce « Récit du pèlerin » nous savons qu'il fut un moment en danger de mort, sans doute à cause d'une infection. Pour Ignace, la santé et une apparence extérieure irréprochable étaient des valeurs importantes. Quand les médecins lui dirent que les os ne s'étaient pas correctement soudés, il leur permit d'entamer une intervention douloureuse. Il l'appela une « boucherie renouvelée » (*de nuevo esta carnicería*, Récit du Pèlerin 2), qu'il supporta cependant en serrant les poings, sans montrer sa douleur. Quand le danger de mort fut écarté, Ignace se retrouva avec une protubérance osseuse gênante. Il prit ses renseignements pour savoir s'il ne serait pas possible de corriger cette méchante déformation en dessous du genou, ainsi que sa jambe raccourcie. Les médecins répondirent par l'affirmative, mais ils lui dirent qu'il devait s'attendre à des douleurs beaucoup plus fortes en comparaison avec la première

1 *Le Récit du Pèlerin. Autobiographie de saint Ignace de Loyola*, présenté par André Thiry, Paris, Seuil, 2001.

opération. Nous sommes au XVI^e siècle, 300 ans avant l'invention de l'anesthésie. Malgré les avertissements de son frère aîné, Ignace donna son accord pour se laisser martyriser selon ses propres préférences (*martirizarse por su propio gusto*, Récit du Pèlerin 4), à savoir dans le but d'obtenir un résultat esthétiquement satisfaisant.

Certes, Ignace guérira. Mais durant toute sa vie, cette blessure restera douloureuse et c'est en boitant qu'il traversera l'Europe. Cette blessure le laisse non seulement avec une cicatrice extérieure, mais aussi avec une cicatrice intérieure qui touche à son image personnelle et à ses projets de vie. Dans cette défaite de la place forte de Pampelune, il a abandonné de grandioses projets de vie : ascension sociale dans un monde imprégné par les idéaux courtois, impression de virilité chevaleresque sur les femmes (discernable dans les indications des textes autobiographiques qui nous sont parvenus), vision de soi jeune et sportive. Une série d'idéaux ont disparu sur le champ de bataille, qu'il avait d'ailleurs qualifiés lui-même de mondains, au seuil de sa conversion, ou encore de péché (Récit du Pèlerin 1).

Tout en respectant Ignace lui-même et la représentation traditionnelle de ce saint, il faut reconnaître que des qualifications telles que « péché » ou « saint » ne sont pas pertinentes dans notre contexte, elles dérangent même et elles détournent de l'essentiel. « Péché » ou « saint » sont des concepts éthiques qui ne contribuent pas à éclairer notre questionnement. L'important, pour nous, c'est le processus intérieur, ce qui favorise la croissance d'Ignace, en lien avec sa blessure, sa guérison et sa transformation intérieure. Tant qu'Ignace reste vu comme un saint dans un contexte baroque, cette impulsion ne peut pas nous toucher facilement. Or, confronté qu'il est à sa blessure et à son handicap durable, il révèle sans détour le moi contemporain.

Comme tout « boiteux », il me rappelle que moi aussi je suis handicapé et blessé. Lorsque je me rends compte que quelqu'un est handicapé, cette observation détourne le regard de *mes* handicaps. Ou bien, si je suis capable de retirer mes projections sur la personne handicapée, je me reconnais tel que je suis : dans ma beauté handicapée. La blessure et le handicap du « boiteux » concernent d'abord la souffrance corporelle. Mais cela peut tout aussi bien concerner – comme dans le cas d'Ignace – la souffrance psychique. Mais les souffrances psychiques nous sont beaucoup moins présentes à l'esprit que la douleur physique. Dans le cas de blessure psychique, je risque de ne plus avoir conscience de ma propre blessure, parce que je la projette sur le boiteux qui vient à ma rencontre.

On peut donc caractériser de « guérison » le processus qui a commencé par le choc « du boulet de canon », car c'est dans cette expérience que la vie d'Ignace a connu un tournant à la fois du point de vue médical *et* du point de vue spirituel. La blessure subie par Ignace à Pampelune peut se comprendre sous trois dimensions : physique, psychique et spirituelle. Il ne s'agit pas seulement d'une juxtaposition des trois dimensions (guérison de la blessure, mise en question de soi-même, discernement de la relation à Dieu), mais d'un processus total, tout au long de la vie, durant lequel le corps, l'âme et l'esprit mûrissent et deviennent sains.

Le mot de « guérison » n'est pas toujours utilisé dans le sens spirituel, comme c'est le cas dans le présent ouvrage. Lorsqu'une pneumopathie est guérie, nous disons que le patient est de nouveau en bonne santé. Dans ce cas, tout comme dans celui de la « guérison » d'une blessure, on ne distingue aucun aspect spirituel, du moins pas au premier abord. La guérison au sens d'un rétablissement complet de la santé ne fait que rarement partie de l'expérience quotidienne de la médecine. Par exemple, une personne se remet d'un infarctus du myocarde, mais la maladie

sous-jacente du système cardiaque n'est pas guérie. Le médecin peut en quelque sorte « arrêter » des maladies telles que le diabète mais il ne peut pas les guérir.

Même quand les attentes de guérison sont déçues, – Ignace avait certainement espéré qu'il puisse retrouver son état de santé d'avant sa blessure – le désir de guérison ne disparaît jamais. Je remercie, pour leurs nombreuses suggestions, mes patients et les collaborateurs du professorat de *Spiritual Care* dans le CHU de l'Université de Munich. Je remercie le Révérend Père Jacques Weisshaupt s.j., pour l'établissement de la traduction française de ce livre.

Chapitre 1

D'une histoire à succès au réalisme : pouvoir et impuissance du « guérisseur »

Dans le conte intitulé « La Mort Marraine »¹, la mort, en bonne marraine, remet en cadeau au futur jeune médecin toutes sortes d'herbes. Elles lui permettront de guérir les maladies et les maux les plus divers, à la condition qu'il respecte le droit exclusif de la mort à décider seule de l'issue finale de toute l'entreprise médicale. Selon ce pacte entre la mort et son filleul, si celle-ci apparaît du côté de la tête du malade, le médecin saura qu'il guérira son patient. Mais si la mort apparaît du côté des pieds du patient, le médecin devra accepter le décès du malade. Car il n'y a aucun remède contre la mort. Au début, ce parrainage avec la mort donne au jeune médecin de réaliser des guérisons les unes après les autres. Devenu tellement célèbre, en fin de compte, le roi promet de lui accorder la main de sa fille, toute belle, mais pâle et malade, à la condition qu'il la guérisse de sa grave maladie. C'était écrit dans les étoiles : la marraine apparaît du côté des pieds de la jeune fille, et elle menace le médecin, car celui-ci l'avait déjà « bernée » une fois ; récemment, il avait retourné le lit sur lequel était couché le roi, malade, si bien que la mort se retrouva debout du côté de la tête du roi. Ceci n'était guère du goût de la marraine, qui aurait souhaité mettre fin à la vie du roi.

1 « La Mort Marraine », conte selon les frères Grimm. J. et W. GRIMM, *Les Contes*, Paris, Flammarion, pp. 248-251.

Fasciné et impuissant, le lecteur participe à la crise du récit : le médecin trompe à nouveau la mort et il retourne la fille du roi, dont les joues reprennent immédiatement de vives couleurs. La réussite lui sourit, mais uniquement du point de vue professionnel et non pas en amour. Car maintenant il doit *payer* sa transgression *de sa propre vie* et connaître la mort.

Avec ce conte du médecin filleul nous avons, nous médecins, deux choses en commun : la tentation d'une vie à succès et la tentation de « tromper la mort ». L'origine n'est pas à chercher en premier lieu dans un aveuglement individuel ou collectif des médecins, qui auraient perdu tout sens normal de la mesure. C'est bien plutôt dans les attentes que nous avons tous. Car il est probable que nous soyons, nous aussi, des patients ou que nous le deviendrons à un moment ou à un autre, et qu'alors nous attendrons de notre médecin qu'il réussisse, qu'il guérisse, et, si cela devient sérieux, qu'il fasse reculer la mort autant que possible, qu'il nous « fasse pivoter » ou retourner « des pieds à la tête ». Le médecin peut retourner le lit, ou le patient couché sur le lit : quoi qu'il en soit, la mort sera là un jour – comme l'aiguille d'une boussole qui, après plusieurs oscillations, finit par trouver la bonne position.

Souvent la mort demeure invisible pour le patient, que ce soit dans les contes ou dans le quotidien médical des lits de malades. Seul le médecin en discerne les gesticulations impératives et menaçantes. Ainsi, le médecin se retrouve assez facilement pris dans un dialogue de visite équivoque, à la fois une conversation avec le patient et avec la mort, qui est maîtresse du temps : d'une part, il négocie avec la mort la durée de vie du patient, pour le meilleur et pour le pire. Pour le patient, cette consultation avec la marraine est inaudible et invisible (on appelle, en médecine, le « consultant », un médecin que l'on appelle pour recevoir un avis). Par ailleurs, il doit répondre objectivement au patient et essayer de correspondre à ses attentes. Le malade n'exprime pas

toujours ces attentes dans le vocabulaire élevé de la vie et de la mort. Il est « seulement » préoccupé par le degré d'efficacité de telle ou telle médication.

En médecine classique, on demande que son *efficacité* soit attestée par des études contrôlées. Cela vaut pour de grands groupes de patients, par exemple pour tous les malades de leucémie arrivés à un certain stade, pour qui un protocole de chimiothérapie s'est révélé efficace. « Tous » ne veut pas dire « à 100 % » ou « toujours ». Un individu peut faire partie de la minorité des échecs thérapeutiques. De plus, statistiquement, on peut « se tromper » jusqu'à 5 % quant à l'efficacité. Ces chiffres réalistes tournent dans la tête du médecin en train de dialoguer avec la mort.

Le malade s'intéresse moins à ces études pharmaceutiques qu'à son cas personnel qu'ignorent ces études. Le patient demande à son médecin : ce médicament va-t-il *m'aider, moi* ? Le médecin, lui, ne s'intéresse pas seulement au bien-être du patient individuel, mais aussi à *l'efficacité* de son action thérapeutique. « Qui guérit a raison » dit un proverbe, ou, plus précisément : Seul qui guérit le cas particulier a raison, pas celui qui a conscience que les meilleures statistiques sont avec lui. Cela vaut aussi bien pour la médecine classique que pour la médecine alternative des plantes, ainsi que pour la psychothérapie qui ne peut pas même offrir la moindre plante. Elle ne guérit pas à l'aide d'instruments (chirurgie, médicaments, gymnastique médicale), mais symboliquement, grâce à la parole et elle renonce à toute influence corporelle directe sur le patient.

Ce conte concerne tout le monde, que ce soit la fille du roi, le roi ou le médecin. Je préviens un malentendu : il est sensé et légitime pour un médecin d'espérer la guérison, et, le cas échéant, de se battre au prix de sa propre vie. Déjà quand c'est moins grave, nous sommes tout heureux que le médecin diagnostique les douleurs, les nausées, la fièvre ou d'autres plaintes comme des

« symptômes » et les fait disparaître. Comme chacun sait, pour avoir eu des maux de dents, que les symptômes sont gênants. Une toute petite dent peut empoisonner la vie, et même la paralyser. « Avez-vous mal ? », demande la secrétaire du dentiste au téléphone. Et, comme par miracle, le « oui » de la victime permet de fixer un rendez-vous rapide chez un dentiste dont l'agenda est plein pour plusieurs semaines. La douleur, quand elle se loge au centre de l'attention, prend de l'ampleur en se doublant d'inquiétude et de stress, tout particulièrement quand la personne qui souffre craint d'être victime d'une douleur incontrôlable, une douleur sans remède aucun.

Ceci ne vaut pas seulement pour les douleurs que peut soigner le dentiste, mais aussi pour les symptômes bien plus fréquents qu'aucun dentiste ou médecin n'est capable d'expliquer.

Selon diverses statistiques des généralistes, un patient sur cinq manifeste des plaintes « somatoformes », à savoir des symptômes corporels qui ne sont pas explicables par la médecine classique malgré des analyses organiques poussées. L'état douloureux du patient se manifeste cependant indépendamment de l'impuissance éventuelle du médecin au niveau diagnostique et thérapeutique. Les démangeaisons, premiers symptômes d'une maladie maligne du sang, peuvent occuper la place centrale dans un auto-examen, au même titre qu'une urticaire bénigne.

« Celui qui réussit à guérir a toujours raison, » c'est le côté conscient de la série à succès et aussi son côté agréable. Tous ceux qui vantent ce qu'ils peuvent offrir sur le marché de la santé – leurs offres deviennent de plus en plus nombreuses et comprennent sans cesse de nouvelles thérapies – se concurrencent pour « avoir toujours raison ». Les statistiques de cette médecine « qui s'appuie sur des évidences »², à savoir sur les résultats de recherches scientifiquement avérées, ainsi que les bourses

2 « Evidence based medicine ».

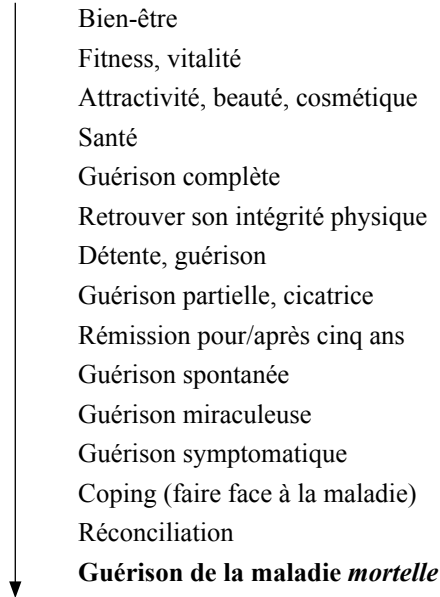
modestes des payeurs ne déterminent qu'une partie de ce marché en expansion. Des offres d'aides psycho-spirituelles de toutes sortes concurrencent également les méthodes de la médecine universitaire. Il n'est pas rare qu'elles prétendent offrir de l'aide précisément là où la médecine universitaire échoue, donc d'être *plus efficace*, et donc de battre la médecine universitaire pour ainsi dire sur son propre terrain. Parfois le critère d'efficacité se retourne contre la médecine officielle. Durant des siècles, les bourreaux ont été les concurrents macabres de la médecine enseignée dans les universités. Lorsque, en 1744, les médecins berlinois protestaient contre la faculté de guérir accordée aux bourreaux, Frédéric le Grand leur fit valoir ce principe : « Celui qui guérit est dans son droit » « ... à savoir qu'une personne préfère se faire guérir et soigner par un bourreau, plutôt que de se laisser paralyser et handicaper pour plaire aux médecins ». Les bourreaux avaient, grâce à des méthodes différenciées de tortures et d'exécution, une bonne connaissance de l'anatomie, de l'endurance et du potentiel curatif des corps qu'ils malmenaient. Le fait que, durant des siècles, ils s'étaient arrogé le droit de guérir rappelle de façon cauchemardesque ces médecins contemporains qui apportent leur aide aux bourreaux et aux tortionnaires.

« Celui qui guérit est dans son droit », c'est la règle même du marché des soins médicaux de rendre responsable des échecs et des erreurs médicales les autres concurrents, et parfois même le patient qui ne collabore pas correctement, ou qui n'a pas suivi à la lettre les indications du thérapeute (cela s'appelle en jargon médical : *non-compliance*). Dans cette lutte concurrentielle, chacun s'efforce de retourner bien vite le lit ou le patient, ou encore de quitter la chambre du malade avant que la mort ne vienne le visiter.

Le spectre du mot « guérison » est fort large, comme on peut le voir dans le tableau qui suit. Pour marquer les deux extrêmes de ce spectre, nous utilisons deux mots anglais qui signifient

« guérir », à savoir « *to cure* » (du latin « *curare* » : remettre en l'état de santé antérieur à la maladie) et *to heal* » (sain et sauf, intact, total, entier).

Cure



Heal

Celui qui aspire à la guérison vise évidemment la totalité, il n'aimerait pas une guérison partielle, il lui faut une guérison totale, et même, si possible, en sus, un surplus de vitalité et de beauté. Ainsi, la plaie recousue par le chirurgien ne doit pas guérir n'importe comment, non, il faut que la cicatrice soit « belle » ou mieux, qu'elle disparaisse complètement, éventuellement grâce à une opération supplémentaire. Tout doit redevenir comme avant, si possible en mieux. La médecine parle de « *restitutio ad integrum* », un rétablissement complet de l'état antérieur à la

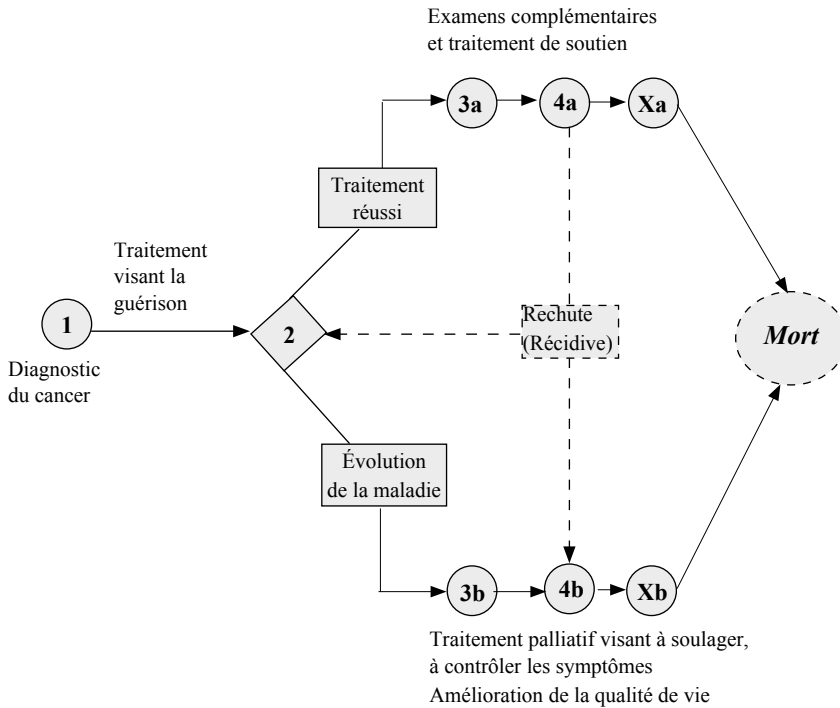
maladie. Il existe de telles histoires à succès, des « réussites », et nous nous les accordons volontiers, ainsi qu'à tous ceux qui aspirent guérir. De plus en plus d'hôpitaux se transforment en centres et en parcs de santé, d'où sont bannies autant que possible les odeurs de désinfectants, d'urine et de vomi, pour ne laisser que des senteurs de souliers de sports, d'huiles essentielles et de bassins de natation. Nous parlons alors de traitements à visée « curative » (lat. *curare*, angl. *to cure*), par exemple dans le traitement de la leucémie des enfants : ceux qui survivent ne peuvent, une fois adultes, ne se distinguer en rien des personnes en bonne santé – si ce n'est leur expérience de la maladie et de la guérison.

Dans le tableau suivant, on explicite les concepts de guérison à partir de l'exemple du traitement du cancer : la moitié supérieure prend le titre de *cure*, la moitié inférieure, celui de *heal*.

Après le diagnostic initial (temps 1), le patient, le médecin et les proches espèrent que le traitement (curatif) mènera à la guérison, à savoir que le cancer sera traité *avec succès*.

Cela s'avère au temps 2 : dans le cas d'un traitement réussi, des examens postérieurs (3a et suivants) ainsi qu'un traitement de soutien sont nécessaires, avec éventuellement une thérapie psycho-oncologique. Par contre, si, au temps 2, on constate une progression locale de la maladie ou de développement de métastases, il faut changer l'objectif de la thérapie.

Le traitement ne vise désormais plus la guérison (curatif), mais il devient « palliatif », à savoir calmant, orienté sur le contrôle des symptômes (douleurs, perte de poids, malaises, dépression, détresse spirituelle etc.). Il se peut aussi qu'après un examen ultérieur (4a), malgré un traitement réussi au départ, il y a récurrence, de sorte qu'il faille à nouveau suivre un traitement curatif, ou, directement – en tenant compte de l'évolution de la maladie – un traitement palliatif.



Qu'en est-il du désir de guérison du malade « incurable » et de l'échec des efforts « curatifs » de la médecine, que ce soit au temps 4a, ou de la mort, qui finit par éteindre toute vie et réduit à néant toute entreprise médicale ? Guérir peut se comprendre au sens actif et transitif de *rendre la santé* comme par exemple en Matthieu 12,22 : « Alors on lui présenta un possédé qui était aveugle et muet. Jésus le guérit, si bien qu'il parlait et voyait ». Mais guérir a aussi le sens passif et intransitif de *retrouver la santé, se remettre, se rétablir*, comme par exemple la plainte en Jérémie 15,18 : « Pourquoi ma souffrance est-elle sans fin, ma blessure, incurable, refusant la guérison ? Serais-tu pour moi comme un ruisseau décevant, aux eaux intermittentes ? ». La formulation

réflexive dans le titre du présent ouvrage, « se laisser guérir », connote les deux aspects : permettre qu'un autre vous guérisse et retrouver soi-même la santé.

Dans l'occurrence passive et transitive, l'allemand dispose d'un second vocable : *genesen* (s'en sortir en bonne santé, se remettre, se rétablir). En allemand, *Heilen* se comprend comme un processus plus long, *Genesen* comme ce qui est décisif au moment du danger : la guérison absolue ou son contraire ». La guérison ne se limite pas aux maladies, mais comprend aussi la convalescence suite à des traitements et à des opérations, comme la circoncision (Josué 5,8) ou suite à une naissance : « guérir d'un enfant » signifie un accouchement heureux (Isaïe 66,7). Les « malades incurables » peuvent aussi guérir d'une phase de leur maladie, ou encore récupérer des fatigues d'une chimiothérapie, d'une séance de rayons ou d'une opération : ils sont guéris à répétition. Le désir de guérison les soutient également quand seule est possible une guérison provisoire.

On ne peut donc pas limiter la guérison à l'aspect actif et transitif. C'est pourquoi, dans le présent ouvrage, le terme de « guérison » n'est pas limité au sens actif de guérir (*to cure*).

Dans un sens plus large, il peut en effet être aussi question de guérison, lorsque les moyens de l'art médical sont épuisés et qu'il s'agit désormais d'abord de se réconcilier avec les limites de la vie humaine (*healing*). À l'inverse, la guérison peut échouer, précisément en fin de vie, lorsque l'objectif devient un contrôle unilatéral. La guérison se meut entre deux pôles : la résistance active contre ce qui menace la vie – et l'accueil de l'évolution, dont, en fin de compte, la mort fait partie, *cette guérison de la maladie mortelle*, comme le formulait le philosophe Kierkegaard.

Tout au long des réflexions suivantes, je proposerai régulièrement de courts exercices. Ils permettront aux lecteurs d'appliquer ce qui est dit à leur expérience et d'apprendre à se mettre dans la peau des personnes qui vivent des situations difficiles.

« Exercices » (*ejercicios*) est un concept qu'utilisait volontiers Ignace de Loyola pour décrire la préparation, la répétition et l'approfondissement de la vie intérieure de l'homme. L'expérience pratique avait également une grande importance pour lui, à savoir la transposition dans la réalité sociale, communautaire et politique dans laquelle nous vivons. Il s'agit donc d'un processus existentiel qui va au-delà de la compréhension intellectuelle. Les lecteurs plus pressés peuvent sauter les exercices, quitte à les reprendre plus tard, si une occasion se présente.

Voici le premier :

EXERCICE 1

LES BLESSURES PERSONNELLES

Quelles sont les blessures que je porte, physiques et/ou spirituelles ? Aimerais-je en parler à quelqu'un ou est-ce que je préfère garder pour moi l'histoire de mes blessures ?

Lorsque la guérison au sens d'une santé complète n'est pas possible, ou ne l'est pas encore, ou ne l'est plus, le désir de guérison ne disparaît pas pour autant. Il s'agit maintenant de parler de ce désir de guérison, qui va au-delà des limites inévitables de notre pouvoir, de notre action et de notre espérance.

Chapitre 2

L'hôpital comme lieu spirituel

« Les médecins doivent-ils prescrire des activités religieuses ? ». Voilà le titre provocateur d'un article polémique et passionné sur les relations entre la religion et la santé, proposé par une revue spécialisée de médecine¹. Les auteurs commencent par faire référence à une tendance de plus en plus fréquente dans la vie publique et la médecine des États-Unis, à admettre les affirmations suivantes comme empiriquement établies : une activité religieuse va de pair avec un état de santé correct ou amélioré ; cette activité donne au patient consolation et soutien ; les patients souhaitent que dans les traitements médicaux il soit tenu compte de questions religieuses.

Plusieurs groupes de recherche nord-américains entreprirent des études sur l'efficacité de la *prière d'intercession et de demande*. Le terme « intercession » veut dire qu'une personne ou un groupe de personnes prie pour une autre, en l'occurrence, pour une personne malade. Cette prière peut s'effectuer sans contact immédiat avec le patient, c'est-à-dire à distance comme c'est le cas dans une étude sur la prière d'intercession et ses effets sur l'évolution clinique après une opération de pontage des coronaires

¹ Richard P. SLOAN, Emilia BAGIELLA, Larry VANDECREEK, Margot HOVER, Carlo CASALONE, Trudi Jinpu HIRSCH, Yusuf HASAN, Ralph KREGER, Peter POULOS, "Should physicians prescribe religious activities ?", dans *New England Journal of Medicine*, 342, 2000, pp. 1913-1916 (Discussion pp. 1339-1342).

Table des matières

Avant-propos	7
Chapitre 1. D'une histoire à succès au réalisme : pouvoir et impuissance du guérisseur	11
Chapitre 2. L'hôpital comme lieu spirituel	21
Chapitre 3. Blessure et guérison	31
Chapitre 4. Découvrir le guérisseur intérieur	43
Chapitre 5. Lèpre et possession – Guérir de maladies sociales	57
Chapitre 6. Montre ta blessure	63
Épilogue. Si Ignace, le boiteux, vous rencontrait aujourd'hui	75
Table des matières	83
Passages bibliques cités	84
Exercices	85

Exercices

1.	Les blessures personnelles	20
2.	Ce que l'on attend d'un bon médecin	23
3.	« Je voudrais tant guérir entièrement »	28
4.	Expérience bénéfique des limites	30
5.	Blessé par le guérisseur ?	33
6.	Visite de malade chez Job	36
7.	Des images qui guérissent	38
8.	La ressource de la détente au cœur du stress	41
9.	Gagner à être malade	44
10.	Laisser venir ce que l'on ressent	45
11.	Le dialogue avec l'hémorroïsse guérie	47
12.	Le cabinet du guérisseur	49
13.	La question magique de Shazer	52
14.	Percevoir nos propres zones d'ombre	56
15.	L'exclusion rend malade	58
16.	Se remémorer ses propres maladies	59
17.	Traumatismes au petit déjeuner	60
18.	Une hospitalisation imprévue	61
19.	Plaintes actuelles	64
20.	Avis à propos d'un nouveau symptôme de maladie	65
21.	Se décider pour un traitement psychothérapeutique ou en médecine alternative	69
22.	Pèlerinage à Frauenchiemsee (l'île des Dames)	72
23.	L'heure de ma mort	73
24.	Jeu de rôle avec Ignace	76
25.	« Ne pas chuchoter »	77