NOUVELLE REVUE THÉOLOGIQUE

82 Nº 6 1960

Guide à l'usage du clergé pour discerner les troubles mentaux (I)

André GODIN (s.j.)

p. 589 - 606

https://www.nrt.be/es/articulos/guide-a-l-usage-du-clerge-pour-discerner-les-troubles-mentaux-i-1881

Tous droits réservés. © Nouvelle revue théologique 2026

Guide
à l'usage du clergé
pour discerner les troubles mentaux (I)

Il y a plusieurs raisons pour lesquelles les membres du clergé souhaitent connaître les signes de maladies mentales et de troubles psychiques :

— pour empêcher qu'une personne gravement ou légèrement troublée se fasse du tort à elle-même ou aux autres.

— pour exercer leur influence sur la personne malade et obtenir qu'elle consulte, à temps, ceux qui peuvent lui assurer un traitement efficace.

— pour éviter que certains aspects de la pratique religieuse ne servent d'aliments à la maladie ou de prétextes à ne pas la reconnaître comme telle.

— pour aider cette personne à dégager le sens religieux que les conflits et les souffrances psychiques qu'elle traverse comportent certainement pour sa propre sanctification.

Les deux premières raisons (prévenir des catastrophes — orienter vers un traitement) sont valables pour tous ceux qui entrent en rapport avec des personnalités troublées. Les deux dernières (protéger l'authenticité des attitudes religieuses — favoriser l'intégration, au moins provisoire, de la maladie sur le plan religieux) sont particulières, non exclusivement au clergé, mais à ceux qui abordent ces personnes dans une perspective chrétienne.

Le prêtre et les signes psychopathologiques.

En fait, les membres des communautés chrétiennes (paroisses, collèges, maisons religieuses, groupements professionnels, mouvements d'action catholique) agissent souvent comme si le prêtre (curé, professeur, supérieur, aumônier) était bien informé de ces questions. Fréquemment, c'est vers lui qu'on se tourne *d'abord* lorsque les comportements d'un malade commencent à gêner l'entourage, ou lorsque l'angoisse intérieure, personnelle, devient trop forte pour être encore supportée dans la solitude. On fait confiance au prêtre, parce qu'on **le sait discret, impartial et bienveillant, respectueux de l'intimité des**

familles et des personnes, mais aussi parce qu'on le suppose informé et « de bon conseil » en cette affaire.

Certains prêtres, à défaut d'une préparation suffisante au séminaire [1], cherchent à disposer de meilleures informations par des lectures [2], par des conversations avec un médecin ou un psychologue de leurs amis, par l'assistance à des sessions de formation intensive [3].

D'autres, portés à soupçonner une mode plus ou moins morbide dans l'intérêt pour les phénomènes psychopathologiques, se trouvent néanmoins introduits quotidiennement dans les situations les plus « critiques » de l'existence humaine : la naissance, le mariage, la maladie, le deuil. Devenus les amis des gens, à l'occasion de leur participation chaleureuse à ces situations chargées d'émotions, ils se trouvent parfois démunis le jour où ces mêmes situations entraînent des effets prolongés et plus ou moins pathologiques : angoisses *post partum*, idées de persécution extra- ou intra-conjugale, dépression établie à demeure, idées de suicide, alcoolisme, délinquance, etc.

En réalité, le prêtre serait souvent, comme chef spirituel du groupe ou comme conseiller individuel, le mieux placé pour évaluer à sa juste valeur le changement de comportement ou le drame intérieur dont on s'inquiète. Certes la famille est plus proche du malade et, à ce titre, un meilleur témoin. Mais la famille est aussi plus impliquée (émotivement et socialement) dans ce qui arrive au malade, portée tantôt à le protéger aveuglément, tantôt à le charger agressivement. Si bien que le prêtre occupe, on peut le dire, une position unique pour différen-

---

1. Sur la Constitution Apostolique « *Ad Uberrima* », mettant au programme de l'Institut Pontifical de Pastorale les cours de *Médecine et Psychiatrie pastorales* et de *Direction Spirituelle des individus et des associations* (3 juin 1958), ainsi que sur l'importance accordée par la pensée de l'Eglise à la santé mentale (« un des biens fondamentaux... aussi au point de vue religieux et surnaturel »), on pourra se reporter au récent volume : *Pie XII parle de Santé Mentale et de Psychologie* (cinq discours fondamentaux et cinquante autres textes classifiés), Ed. de Lumen Vitae, 184 rue Washington, Bruxelles, 1960, 136 pages.

2. L'abbé Henri Bissonnier vient de publier une excellente *Introduction à la psychopathologie pastorale*, Ed. de Fleurus, 31 rue de Feurus, Paris VI, 1960, 144 pages. De lecture facile, toujours proche de la pensée pastorale et de ses perplexités devant le malade mental, cet ouvrage présente sur les troubles psychologiques des « fils conducteurs » particulièrement éclairants. A le lire, on sent immédiatement en soi-même un enrichissement d'attitudes (religieuses et humaines) à l'égard du malade mental. Pour tout dire, l'existence même de cet ouvrage a levé nos dernières hésitations à publier les pages de cet article : notre *Guide* sera susceptible d'être mieux utilisé dans la mesure où le lecteur, intéressé, l'intégrera dans cette *Introduction* de l'abbé Bissonnier.

3. Signalons que, pour la deuxième fois, l'Assemblée Nationale des Supérieurs Majeurs de France organise, du 23 au 29 juillet 1960, une session (ouverte à tout participant d'expression française) pour le perfectionnement psychologique des *responsables de la formation religieuse entre les vœux simples et les vœux définitifs* (Supérieurs de maison de formation, Directeurs spirituels, etc.). Pour tout renseignement, on s'adressera au R. P. Plé, O.P., 29 Boulevard de la Tour Maubourg, Paris VII.

cier, dans les cas individuels, ce qui est réaction transitoire d'une personnalité normale à une épreuve objectivement lourde, et ce qui signale cette perturbation profonde et durable des mécanismes psychiques qu'entraîne la maladie mentale. Par là on ne veut pas dire que le prêtre puisse déterminer quelle est la maladie mentale, ni même sa gravité réelle : ceci regarde le spécialiste. Pourtant lorsque les prêtres deviennent capables de discerner à temps les signes de troubles, graves ou légers, ils accomplissent avec plus d'efficacité une tâche qui leur revient : aider les plus malheureux de leur communauté (car est-il homme plus malheureux sur terre que le malade mental?) — tâche pour laquelle ils sont, en fait, souvent sollicités : *qu'en pensez-vous? que convient-il de faire? et à qui s'adresser?*

C'est à leur intention que ce petit *guide* a été composé, comme un simple memento ou comme un texte de base pour des discussions de groupes.

L'écueil du diagnostic.

On a voulu partir des *signes* les plus manifestes, tels qu'ils apparaissent dans certaines rencontres, même superficielles, du ministère pastoral, pour aborder ensuite des manifestations plus bénignes, perceptibles surtout dans la relation avec le prêtre. On s'efforce de les interpréter le moins possible, surtout au début, en évitant de fournir un système de catégories.

L'écueil d'un guide de ce genre est la tentation du d i a g n o s t i c, le besoin de classification, qui dangereux même pour le psychiatre devient illusoire ou funeste pour le prêtre. Celui-ci ne se rend pas compte, d'ordinaire, des difficultés que rencontrent même les experts — et d'autant plus qu'ils sont dignes de ce nom! — à formuler cette évaluation synthétique : le diagnostic. Il y entre tant d'éléments, à la fois intuitifs et techniques, que certains psychiatres ou psychothérapeutes soutiennent parfois l'inutilité, voire la nuisance, du diagnostic initial.

On ne cherchera donc dans ces pages aucune classification ferme autorisant un diagnostic, de la part du non-spécialiste. On y trouvera seulement un répertoire de *signes* susceptibles d'alerter le prêtre et de provoquer dans son esprit l'hypothèse d'une maladie mentale ou d'un trouble psychique, dont la guérison échappe à sa compétence directe.

Quelle est la cause des troubles psychiques?

La science actuelle est incapable de désigner une causalité unique, simple, expliquant les maladies mentales graves ou les troubles psychiques mineurs. Des recherches étendues, dans les secteurs variés de la biologie, de la psychologie et de la sociologie, ajoutent constamment des précisions à l'idée qu'on se fait des origines des états psychopathologiques. D'un point de vue très général, on peut se représenter la maladie mentale comme *un ensemble de réactions complexes, fournies par la personnalité totale, à des modifications importantes qu'elle subit intérieurement ou extérieurement.*

Pareilles modifications peuvent se produire dans son corps, dans son psychisme, ou dans ses relations avec son milieu. Mais les réactions de la personnalité se répercutent aussitôt dans ces trois directions. A un observateur extérieur, le changement peut sembler léger ou anodin (mutation dans l'emploi professionnel, naissance facile d'un enfant), ou au contraire assez cruel (décès d'un conjoint, déchéance physique ou sociale due à la vieillesse). En fait, les êtres humains réagissent avec des variations surprenantes à des situations tantôt banales en elles-mêmes, tantôt objectivement atroces. Non seulement leur tempérament entre ici en jeu, mais aussi la signification intellectuelle consciente ou le sens affectif (éventuellement inconscient) de la situation.

Nous apprenons lentement à mieux connaître les influences qui diminuent la capacité d'une personne à intégrer avec succès ces situations angoissantes :

— Des facteurs constitutionnels (éventuellement héréditaires) prédisposent certaines personnes à des maladies mentales et à des réactions spécifiques devant les épreuves de la vie. On conteste parfois que l'hérédité permette de prévoir l'éclosion de telle ou telle maladie mentale particulière; néanmoins, il est généralement admis que le facteur constitutionnel joue un rôle, au moins comme « terrain » plus ou moins favorable à cette éclosion, même si la spécificité de la maladie devait être attribuée à d'autres facteurs causals. En outre, on évitera de confondre « héréditaire » (constitutionnel) avec « apparent dès la naissance » : de même que les capacités de reproduction sexuelle sont innées (constitutionnelles) mais ne se manifestent qu'à l'adolescence, il se pourrait qu'une disposition psychopathologique soit réellement constitutionnelle bien que son apparition soit tardive, même sans rien préjuger des autres facteurs en cause.

— Certaines modifications de l'intégrité physique (organique) peuvent naturellement causer la réaction pathologique. Une blessure au cerveau, une altération du système nerveux central, ou le mauvais

fonctionnement d'une glande (comme la thyroïde) peuvent subitement modifier l'équilibre psychique et rendre une personne incapable de faire face aux demandes, même normales, de l'existence humaine.

— Par ailleurs, il est indéniable que chaque être humain acquiert dans son enfance, et particulièrement dans sa petite enfance (jusque vers 6/7 ans), des manières caractéristiques de répondre aux exigences du milieu éducatif et de calmer son anxiété en rapport avec ces sollicitations ou ces frustrations. Ces façons caractéristiques de réagir sont influencées, puis structurées, devenant relativement stables, par tout l'apprentissage des premières années, par l'éducation morale et religieuse et par un grand nombre de pressions d'origine culturelle qui s'exercent principalement, au début, par l'intermédiaire de la famille. Par exemple, des parents peuvent avoir été très stricts pour réprimer toute manifestation de colère, ou pour exiger une propreté plutôt précoce, ou pour refréner les expressions de tendresse taxées de « sentimentalité ». Le type de personnalité qui en résulte (même sur fond constitutionnel identique, comme dans le cas de jumeaux élevés séparément) s'organise ainsi de façon durable. Bien entendu, ces traits de personnalité ne sont pas anormaux, en eux-mêmes, mais ils affectent profondément le mode de réagir de l'enfant, puis de l'adulte, à certains changements (d'origine interne et externe) ou à certaines relations sociales. Des situations, en elles-mêmes banales, se chargent d'un potentiel affectif et d'un retentissement inconscient qui en font des obstacles insurmontables pour l'équilibre ou la croissance psychique.

— Enfin, il est également certain que des ruptures brusques et profondes, au cours de la vie, affectant la relation d'une personne à des groupes sociaux importants pour elle (sa famille, son milieu professionnel, sa communauté religieuse, etc.), peuvent aussi provoquer l'établissement de la maladie mentale, bien que certains milieux scientifiques soient actuellement portés à ne voir là que de simples occasions où se manifesterait un terrain, constitutionnel ou acquis, déjà virtuellement pathologique.

Quelle que soit la cause, ou la cause principale, empêchant la personnalité d'intégrer les modifications qu'elle subit, il arrive un moment où elle peut être amenée *soit* à durcir en elle-même un type permanent d'attitudes conflictuelles qui l'empêchent d'accomplir avec aisance certaines de ses tâches humaines et en particulier paralysent ses aptitudes à travailler et à aimer (*névrose* ou *psycho-névrose*), *soit* à être si complètement submergée par les circonstances de la vie réelle qu'elle se construit progressivement ou subitement un monde imaginaire où elle se réfugie (*psychose*). Ce *guide* propose la description

de quelques s i g n e s typiques successivement dans chacune de ces deux directions pathologiques [4].

Les manifestations psychopathologiques ont un sens.

Avant de passer à la description de ces signes, soit dans les comportements extérieurs, soit dans les relations interpersonnelles, soulignons que les conduites ou les paroles les plus bizarres, ainsi que les fuites les plus étranges hors du réel, sont profondément *motivées* et qu'elles ont des *significations*. Bien que le psychiatre, même expérimenté, soit souvent incapable de comprendre dans le détail les symptomes du malade, il oriente cependant une part notable de son travail vers la compréhension, en profondeur, des différentes manifestations de la maladie ou du trouble psychique. On adopte généralement l'hypothèse suivante : la personnalité du malade n'a pas seulement abandonné des réactions normales, en régressant ou en se désorganisant, mais elle recrée aussi, au fur et à mesure du développement de la maladie, toute une façon de vivre, de sentir, de comprendre, de s'exprimer et de se défendre, qui fait l'originalité de sa personnalité actuellement malade. « La maladie mentale », écrit le Docteur Henri E y [5], « est à la fois et nécessairement une perte de l'efficience psychique et de la liberté, et d'autre part une forme d'existence qui, pour être plus près des couches inconscientes et fantasmiques de l'être (comme dans le rêve), n'en demeure pas moins encore humaine ».

Le prêtre aussi ferait bien, quand il aborde une personnalité troublée, de reformuler en lui-même cette hypothèse (qui réclame de lui une attitude) : ce que je vois, ce que j'entends, ce qu'on me raconte à propos de cette personne, tout a une signification. Il ne s'agit donc pas de « sottises », d'« idioties », ou de « déraillements » : il s'agit là d'expressions cachées ou crypto-symboliques de la vie psychique de cette personne. Lorsqu'une malade, soignée en hôpital psychiatrique, déclare : « Je suis la mère de tous les enfants qui naissent dans cette

4. Les *névroses* (psycho-névroses) et les *psychoses* ne sont pas les seules directions dans lesquelles peut s'engager une personnalité psycho-pathologique. On se sert couramment de plusieurs autres catégories : les *névroses actuelles* (réactionnelles) où la personnalité n'est pas si profondément atteinte et réagit de façon anormale à une situation particulièrement angoissante (deuil, choc de guerre, etc.) — les *psychopathies* où la personnalité se fixe dans des comportements instables et antisociaux (délinquance, par exemple) — les *réactions psychosomatiques* où l'anxiété de base se localise dans les organes ou les fonctions corporelles. Ce *guide* n'envisage que les signes de *psychoses* et de *névroses* parce que le prêtre non spécialisé semble plus souvent appelé à y jouer un rôle, pour obtenir le traitement immédiat dans les premières et pour discerner les fausses implications de la religion dans les secondes.

5. Henri E y, *Mouvements doctrinaux de la psychiatrie contemporaine*, p. 6, dans *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie*, Tome I (Paris, 1955).

ville, à cause de cette machine à coudre qu'on m'a volée pour la mettre dans cet hôpital », la signification secrète peut éclater brusquement en découvrant que cette femme, mariée sur le tard et restée sans enfant, a subi récemment une opération d'ablation des ovaires qui la rend définitivement incapable d'avoir des enfants.

Dire que les symptômes de la maladie ont un sens ne signifie nullement que ce sens en révèle la cause — encore moins que le malade puisse être guéri par cette simple clarification intellectuelle. Les déviations de la pensée ou de la conduite ont une signification, où se combinent les aspects négatifs (défenses) et positifs (souvent symboliques). Elles représentent un effort aveugle pour résoudre, dans l'actuel et l'immédiat, les conflits que le malade éprouve à l'intérieur de lui-même et dans ses relations avec le milieu. Le prêtre ne pourra souvent que soupçonner cette signification, qui lui facilite pourtant son attitude de charité. Toute conduite humaine a un sens, même si celui-ci est partiellement ou complètement incompréhensible. La personne qui manifeste des signes de psychose ou de névrose fait savoir qu'elle est malade ou psychiquement troublée. Mais notre attitude à son égard ne devrait jamais être radicalement différente de ce qu'elle est à l'égard de tout homme : une attention respectueuse pour communiquer et pour communier avec lui à travers et au-delà de ce qu'il est actuellement capable de nous montrer ou de nous dire.

I. SIGNES DE MALADIE MENTALE GRAVE (PSYCHOSE)

Il y a des circonstances où l'anxiété intérieure, la confusion, le désengagement, l'agitation, les impressions de solitude, de découragement ou d'impuissance envahissent tellement une personne qu'elle devient incapable de faire face à ses obligations journalières. Ses problèmes de la vie ordinaire la paralysent. Elle trouve extrêmement difficile de communiquer même avec sa famille ou ses amis; son travail habituel devient un fardeau impossible à porter; elle tend à fuir ou à nier sa situation réelle dans le monde qui l'entoure.

Quand une personne est ainsi surchargée et écrasée par les sollicitations quotidiennes de sa vie courante, il arrive qu'*elle commence à se créer un monde fictif, irréel,* dans lequel elle se met à vivre imaginairement sans plus être capable de faire la distinction entre ses réponses à ce monde imaginaire et ses comportements dans le monde réel. Elle souffre alors d'une maladie mentale grave appelée p s y c h o s e.

Voici quelques signes ou comportements qui peuvent faire songer à un sujet souffrant de *psychose*.

1. Il manifeste de profonds et brusques changements dans sa conduite. On observera, par exemple, qu'un membre de la paroisse qui a toujours été respecté et considéré comme sérieux devient tout à coup agressif ou querelleur, échappe à son milieu de vie, rentre tard la nuit, ou commence à dépenser de l'argent dans un milieu qu'il n'avait jamais fréquenté auparavant. Ou bien il devient subitement intraitable, disputeur, par moment et, sans raison apparente, subitement rayonnant et euphorique. Il croira, par exemple, qu'on l'a volé, mais quelques heures plus tard donnera une somme importante. Il laisse un désordre considérable dans ses affaires. Il peut aussi devenir tellement préoccupé de détails apparemment sans importance qu'il se trouve incapable de manger ou de dormir. Parfois il dort le jour et s'active la nuit.

Dans la plupart des cas, il ne sera pas conscient de cette brusque modification de conduite et pourra protester énergiquement si on tente de la lui montrer. Mais ceux qui vivent dans son voisinage immédiat confirment le changement. Ils ont noté depuis longtemps qu'« il n'est plus comme avant » et ont déjà commencé à s'inquiéter tout en faisant souvent de vains efforts pour s'adapter ou pour interpréter le fait en lui trouvant des explications morales, sociales ou physiques générales.

Dans l'exemple apporté, il s'agissait d'une modification dans le sens de conduites moins bonnes. Mais on trouve aussi de soudaines « conversions », entraînant la rupture exaltée avec tout ce qui constitue le passé d'un homme, faisant du reste souffrir les êtres au contact desquels il vit — qui se révélèrent, dans tels cas particuliers, comme le signe avant-coureur d'une psychose grave (démence organique d'origine infectieuse).

2. Il se replie sur lui-même, ne parle plus à personne. Il commence à se créer un monde imaginaire, envahissant, qu'il abrite en refusant les contacts humains. Lorsqu'il parle encore, il peut dire qu'il a l'impression que « le monde change » ou que lui-même se sent changer. Autour de lui, on emploie l'expression très juste : « Il devient bizarre ». Lui aussi se sent différent et peut exprimer l'idée qu'il devient fou.

Certains estimeront qu'il souffre simplement d'une timidité excessive. Ils font erreur : le timide s'épanouit dans un climat confiant, au moins pour de brefs moments. Notre malade reste fermé, bloqué sur lui-même, perpétuellement sur la réserve, et lorsqu'il parle il exprime le plus souvent des attitudes d'incompréhension, de méfiance agressive, **conservant un manque de contact fondamental avec son interlocuteur.**

3. Il pense que les gens l'observent, parlent de lui ou complotent contre lui. Le psychotique peut en arriver à croire que les gens qui vivent avec lui projettent de le voler, voire de le mettre à mort, et déjà il a réagi en devenant lui-même agressif et soupçonneux à l'égard d'autrui. D'ailleurs, même des inconnus peuvent lui en vouloir et c'est pourquoi l'on se tait aussitôt qu'il entre dans une pièce, etc. Simultanément d'ailleurs il se construit un monde dont il est le centre et où sa volonté pourrait tout paralyser s'il le voulait. On cite un employé d'une fabrique, où l'on travaille à la chaîne, persuadé que tous les ateliers s'arrêteraient s'il venait à manquer un seul jour au travail. Un autre se croit un savant sur le point de mettre au point le médicament vainqueur de toutes les maladies humaines. D'autres se présentent au terme d'une évolution plus ou moins rapide, comme des politiciens ou des entraîneurs religieux (du type « prophétique ») qui vont, en quelques mois, organiser le monde ou le ramener à Dieu.

A la différence du porteur des « signes » que nous citerons plus loin (No. 7), les mégalomanies de ce malade ne provoquent pas les rires. On perçoit vaguement une menace dans tous ses projets, une hostilité sourde, intellectualisée, virtuellement tenace et destructrice d'autrui, qui effectivement en fait, sous ses formes graves, une des psychoses les plus difficiles à guérir.

Toujours au stade aigu, le malade interprète des faits, des gestes réels, dans un sens toujours le même : agression ou menace dirigées contre lui. Souvent, les faits qu'il rapporte sont exacts : l'anomalie réside dans la signification méchante prêtée à un geste par ailleurs anodin. Par exemple, le fait que sa femme arrive 1/4 d'heure en retard à un rendez-vous est interprété par le mari comme une preuve irrécusable qu'il est trompé. Et une série d'interprétations s'élaborent autour de celle-ci.

4. Il se parle à lui-même, entend des voix, a des visions, respire des odeurs ou éprouve des contacts en l'absence de toute stimulation externe. Beaucoup d'entre nous, à l'occasion, se parlent à eux-mêmes, à voix modérée, quand ils sont seuls. Le psychotique, lui, en arrive à se parler à voix très haute ou à marmonner à voix basse sans plus accorder d'attention, apparemment, aux personnes qui l'entourent. Il peut aussi déclarer avec évidente sincérité qu'il répond à une voix qui ne lui parle qu'à lui seul. Certains psychotiques, en cet état, s'arrêtent tout à coup, le regard fixé sur un point à distance, ou interrompent la conversation et leur occupation pour répondre aux voix qu'ils entendent. Attirer leur attention sur le fait que ces voix imaginaires n'ont rien de réel ne sert absolument à rien. Ils persistent à les entendre et résistent éventuellement avec vigueur à l'idée que ce n'est là qu'une imagination. Eventuellement, ils croient reconnaître

des gens qui, en fait, leur sont étrangers et ils ne démordent pas de leur erreur.

Les troubles sensoriels peuvent se porter sur les principales sensations : l'ouïe, la vue, le goût, l'odorat, le toucher. Le malade est alors acculé à des réactions irrationnelles, en rapport avec les sensations qu'il éprouve. Il peut vous dire qu'il voit des choses que vous savez parfaitement ne pas exister, ou déclarer qu'il y a une odeur de cadavre dans la chambre, ou qu'il a un goût de poison en bouche qui provient de sa nourriture. Comme ces pensées ont envahi son champ de conscience, en s'appuyant sur sa sensibilité troublée, les efforts pour en établir l'irréalité sont rarement couronnés de succès.

5. Il a d'étranges périodes de confusion ou de perte de mémoire. Chacun de nous connaît de façon passagère des situations où, par instants très courts, on se sent désorienté, oublieux du jour exact ou de la semaine où l'on vit, ou du moins incapable de se rappeler un nom, même celui d'un ami. La personnalité psychotique peut ainsi, de façon répétée et plus ou moins durable, oublier qui elle est, qu'elle est mariée, ou encore le jour et le mois de l'année en cours. Elle peut aussi éprouver de la difficulté à vous dire où elle se trouve actuellement et où elle se trouvait peu de jours auparavant.

Il est courant qu'un malade mental souffre de pertes de mémoire. Il est tellement préoccupé et immergé dans ses problèmes intérieurs qu'il a perdu le contact avec le calendrier, les sonneries des horloges ou les sirènes qui appellent au travail, les appels du téléphone ou de la porte d'entrée, voire même les impressions de faim dans son estomac.

6. Il se plaint de changements invraisemblables ou impossibles dans ses fonctions corporelles. Il peut déclarer que son cœur a cessé de battre, ou qu'il est atteint d'une maladie grave, fatale, absolument unique. Il peut se croire complètement défiguré, ou totalement incapable de ressentir encore des sensations ou une douleur quelconque.

On notera que ces impressions se rencontrent aussi à des degrés moindres, chez des personnes névrotiquement troublées, non psychotiques, dont nous aurons l'occasion de reparler. Ce qu'il faut retenir comme grave c'est que les psychotiques souffrent de ces prétendus « symptômes » presque autant que s'ils étaient provoqués par une cause réelle, *en ce sens que leur vie sociale en est complètement entravée.* De plus on les trouve réellement inaccessibles au réconfort d'autrui, incapables d'être encore atteints, même de façon brève, par des paroles rassurantes.

7. Il s'excite sur des idées de grandeur, se sent prêt à tout réformer et fait, euphoriquement, des projets grandioses. Il s'agite sur un grand nombre d'entreprises qu'il ne doute pas, contre toute évidence, d'être capable de réaliser. Il n'en dort plus. Autour de lui, on commence à parler de « mégalomanie » et on est porté à en rire, quelquefois, jusqu'au jour où l'on s'aperçoit qu'il a commencé à faire des largesses, au café, en rue, pour des pauvres ou des amis, dans une proportion qui va ruiner sa famille en peu de temps. Mais il devient insoucieux de l'avenir et jouit prodigieusement de ses libéralités présentes.

Il perd le sens du décorum, des convenances, de la réserve normale. Il abandonne, par exemple, les convenances dans les attitudes sociales : il aborde avec la même familiarité totale ses supérieurs hiérarchiques et ses inférieurs. Le fait qu'il pourrait, par là, compromettre l'avenir, ne l'arrête pas : c'est l'euphorie du présent qui l'emporte.

8. Il éprouve (à l'opposé, mais parfois les deux séries alternent) de pénibles sentiments d'indignité, de culpabilité, de déchéance, de dépression profonde. Il rumine son passé, trouve sans cesse à s'accuser de tout ce qui arrive. « Il a des idées noires », dit-on, mais elles sont d'une telle intensité que, peu à peu, il devient d'une anxiété très grande (éventuellement dirigée vers les fonctions physiologiques qu'il ressent comme troublées et sur lesquelles il rumine constamment) ou encore d'une apathie totale. Il peut exprimer des idées de suicide ou admettre qu'il en a dès que l'on pose la question dans un contexte de compréhension.

Bien entendu, il nous arrive à tous de passer par des « cafards » ou des moments de découragement. La réaction de dépression, consécutive à un deuil par exemple, peut même être considérée comme normale [6] : le prêtre la rencontre souvent dans des visites qui suivent les funérailles. La dépression, chez le psychotique, outre qu'elle ne se relie pas toujours à une perte objective cruellement ressentie, entraîne une perturbation beaucoup plus radicale de la personnalité. C'est toute la structure de l'évaluation personnelle qui fonctionne mal : il s'éprouve comme un être sans valeur et légitimement abandonné. Il en arrive à rester des heures assis, sans une parole, sans un mouvement, la tête basse, dans une expression d'indignité absolue. S'il parle ou se déplace, c'est avec lenteur, pesanteur, à pas traînants, comme si chaque mouvement était une souffrance.

Comme les malades, dans cet état, assument facilement un certain vocabulaire religieux (gravité des fautes, péché originel, etc.), le prê-

6. A certaines conditions sur lesquelles nous avons l'intention de revenir plus tard.

tre est fréquemment amené à vouloir les aider sur le plan de longs échanges verbaux. Pourtant rien ne lui sera plus difficile. Les bonnes paroles, les encouragements, la gentillesse même entraîneront plutôt l'aggravation de cet état émotionnel : le malade se sent d'autant plus indigne qu'on cherche à l'encourager davantage. En outre, le prêtre ne négligera pas d'être particulièrement prudent avec des personnes dont l'état de dépression profonde vient tout justement de s'améliorer sans traitement en s'orientant vers une reprise brusque d'activités : cette période de guérison, apparente et inattendue, est typiquement la plus favorable à un suicide.

9. Il souffre du besoin irrésistible d'accomplir certains actes, toujours les mêmes, ou certaines vérifications nécessaires pour se protéger. Les signes de cette tendance, où beaucoup reconnaîtraient simplement une des manifestations du scrupule [7], sont mentionnés ici sous leur forme ou, si l'on préfère, à leur degré psychotique. La personnalité du malade est, dans ce cas, littéralement ravagée par la crainte morbide, par exemple, des microbes ; il passe un temps considérable à se laver les mains chaque fois qu'il a dû toucher un livre, ou un bouton de porte, ou un billet de banque, ou quelque autre objet couramment manipulé par beaucoup de gens. Il ne se mettra au lit, dans d'autres cas, qu'après nombre de vérifications : porte, fenêtre, compteur à gaz, etc. En outre, les démarches de vérification elles-mêmes ont tendance à se ritualiser, à exiger un ordre et un nombre précis de répétitions qui peuvent occuper plusieurs heures. Si on veut l'empêcher d'exécuter ces rituels apparemment ridicules, le malade entre dans une anxiété terrible et son état paraît bien s'aggraver.

Le prêtre fera bien de ne pas s'allier avec ceux qui tentent d'exercer des pressions morales ou sociales pour supprimer, à coup d'appels à la volonté, l'exécution extérieure de ces actes compulsifs. C'est dans une tout autre direction (soit psychique, soit physiologique) qu'il convient d'aborder l'anxiété latente sous ces obsessions qui, au degré que nous avons décrit, imposent le recours au psychiatre.

10. Il agit de façon directement et physiquement dangereuse pour les autres ou pour lui-même. En réalité, mises à part les menaces de suicide, ces situations (dangereuses pour autrui) sont plutôt rares, malgré les images courantes qui accompagnent la notion populaire de la folie. Mais il arrive, tout de même, qu'un psychotique, encore dans la vie sociale, puisse se préparer à blesser ou à tuer une autre personne, par exemple lorsqu'il se considère comme persécuté

7. Nous avons déjà fait allusion (*N.R.Th.*, 1960, p. 152) à quatre « terrains » **foncièrement différents d'où sortent les scrupules au sens général (et vague) de ce** mot.

par celle-ci. Il peut aussi, pour justifier (!) son acte, raconter des histoires assez convaincantes selon lesquelles on l'a abusé, violé, battu, etc., alors que de toute évidence l'autre personne n'a pas pu être impliquée dans de tels comportements. Le prêtre fera bien en tout cas de se méfier de confidences par trop agressives, dans cette ligne, et de soupçonner parfois le dérèglement affectif sous l'apparente bonne foi de l'homme « persécuté ».

Quant au danger physique que présente un malade pour lui-même, c'est évidemment au suicide que l'on pense en premier lieu. Nous avons situé ce danger dans la ligne des signes pathologiques où il se présente le plus fréquemment (voir No. 8). Mais il existe aussi comme signe d'alerte en lui-même. On ne saurait assez dénoncer le dicton populaire selon lequel « un homme qui parle de suicide ne se suicidera pas ». Certes, de nombreuses personnes ont songé au suicide et ont même fait des projets précis, sans mettre ceux-ci à exécution. Mais le dicton populaire se révèle ridicule et dangereux lorsqu'on sait que parmi les suicidés réels il n'y en a *pas un sur cent* qui ait accompli son acte *sans* en avoir parlé clairement à l'avance.

En outre, le prêtre fera bien de ne pas négliger d'autres attitudes par lesquelles une personne peut arriver à nuire gravement à son intégrité physique : se laisser dépérir par refus de nourriture (amenant un amaigrissement et un affaiblissement frôlant la destruction), s'exposer sans précaution aux intempéries, aux accidents, aux situations dangereuses, etc. Il fera bien de détecter parfois, sous des comportements apparemment courageux, héroïques, voire ascétiques, un besoin étrange de destruction qui force à qualifier ces conduites comme des « équivalents de suicide ». Nous franchissons d'ailleurs, avec ces derniers exemples, la frontière (parfois incertaine) qui sépare les psychoses et les caractères névrotiques.

Tels sont dix principaux « signes d'alerte » que nous voudrions voir mieux connus et vulgarisés pour que jamais, en leur présence, on ne parle d'un trouble mineur, affaire de volonté ou occasion d'encouragements. *Tous les signes, au degré que nous avons rapporté, sont graves.* Ils appellent une intervention psychiatrique et ne guériront normalement pas sans elle. Ils sont *d'autant plus graves qu'ils ont évolué plus rapidement* dans les jours ou les semaines qui ont précédé notre mise en rapport avec la personne qui les manifeste. Le conseil amical et la pression instante auprès du malade et de sa famille, pour qu'un spécialiste soit consulté, sont alors d'autant plus indiqués.

Dans l'état actuel de la psychiatrie, il faut dire et répéter que de **nombreuses manifestations psychotiques sont susceptibles d'être *com-***

plètement guéries si elles sont traitées à temps — et qu'elles seront même guéries d'autant plus facilement que l'intervention aura été effectuée plus rapidement.

L'intervention du prêtre.

Les signes de *psychose* étant manifestes, l'aide la plus immédiate dont le malade a besoin est celle du médecin psychiatre. Le prêtre, que sa charge ou les circonstances amènent à s'occuper de la question, usera de son influence pour obtenir ce résultat dans les meilleures conditions possibles. Plusieurs situations se présentent :

a) *Le prêtre est mis au courant par des tiers (voisins, rumeurs diverses, allusions claires ou à mots couverts).* Il commencera par se rendre compte lui-même de ce qui se passe, auprès de la famille ou auprès de la personne qui fait parler d'elle dans le groupe. Ce devoir de charité sera accompli avec discrétion, mais aussi avec décision.

En s'informant, il fera attention surtout à *la rapidité des changements* survenus : beaucoup de personnes présentent des excentricités et des symptômes variés connus depuis longtemps (plus ou moins admis et plus ou moins plaisantés par le milieu) sans être radicalement handicapées dans leurs activités sociales. Il serait imprudent de les troubler dans cet équilibre, même imparfaitement établi, en leur rapportant à la légère ce qui se dit à leur propos et en diminuant ainsi leur impression d'être acceptées par le groupe. C'est seulement lorsque des changements importants et inexplicables ont eu lieu dans les modes habituels de réagir, reflétant quelques-uns des « signes » mentionnés ci-dessus, que le secours du psychiatre s'avère urgent.

Dès que le prêtre s'apercevrait que le malade ou ses proches sont conscients de ces changements et discutent déjà des mesures à prendre, il ne donnerait ses conseils que dans la mesure où on les lui demande ; l'essentiel de sa mission est déjà accompli : il n'a pas permis que le malade soit plus longtemps objet de bavardages, voire de risées, sans qu'on envisage ses conduites avec la compréhension, la sympathie et la charité auxquelles il a droit de la part de tous, mais plus spécialement de la part du prêtre.

b) *Le prêtre est informé et consulté par la famille.* Il s'emploiera à faire *comprendre* que l'intervention psychiatrique s'impose (au moins sous forme de consultation ou de mise en observation) et que la meilleure attitude à l'égard de cet homme, devenu gênant, est celle de la sympathie à l'égard d'un malade, excluant provisoirement les discussions, les explications indéfinies, les mises en demeure ou les sommations.

Naturellement, la famille n'est pas toujours prête à accepter qu'un de ses membres manifeste un trouble mental. Elle peut ressentir de la *honte* (avec une arrière-pensée immédiate, probablement peu fondée, vers les problèmes d'hérédité) ou de la *culpabilité* (notamment dans le cas du conjoint), à l'égard des étranges paroles ou comportements de la personne aimée. Le prêtre, suffisamment averti pour percevoir ces nuances émotionnelles, les refléter et les apaiser, obtiendra plus facilement que d'autres l'attention et les soins nécessaires à cette personne : à tout le moins la visite du spécialiste ou une mise en observation dans une clinique ou un hôpital spécialisé.

Il pourra aussi communiquer aux parents une partie des perspectives actuelles sur la maladie mentale (telles qu'elles ont été rapidement esquissées au début de ce *Guide*), selon leur degré de culture et leurs besoins réels, non principalement dans le but de les informer, mais plutôt pour les rassurer et obtenir d'eux des attitudes plus conformes aux intérêts du malade.

Il est à remarquer que *la durée des séjours* pour les malades mentaux de toutes catégories, dans une grande clinique psychiatrique (suisse) est de *moins d'un mois* dans 50 % des cas et de *moins de trois mois* dans 80 % des cas. Actuellement on prévoit que le développement rapide de la psycho-pharmacologie permettra le traitement à domicile (en résidence surveillée) de nombreux troubles psychotiques qui réclamaient jusqu'ici l'hospitalisation forcée (collocation).

Dans certains cas, il arrivera que les parents, déjà convaincus de la nécessité du traitement, n'osent pas aborder ce sujet avec le principal intéressé et prient le prêtre d'accepter cette mission qu'ils estiment trop difficile pour eux. Bien que son rôle soit ici supplétif et revienne plus normalement à d'autres (par exemple au médecin de famille — trop souvent porté à prononcer quelques paroles d'encouragement et à prescrire des sédatifs généraux), le prêtre sera parfois amené à accepter cette tâche et, du reste, avec un peu de recul le malade lui en saura gré.

c) *Le prêtre traite la question directement avec le malade.* Les situations seront extrêmement diverses selon les possibilités de contact, qui subsistent encore entre le malade et lui, selon le degré de souffrance et de prise de conscience chez le malade, selon le mode agressif ou les éventualités graves (suicide, par exemple) qui semblent liées à son état actuel. Pourtant le rôle d'autorité et d'impartialité bienveillante, qui est presque toujours attribué au prêtre, facilitera souvent son action. Et s'il peut surmonter sa propre nervosité ou anxiété à l'égard du malade et de sa situation familiale, il pourra, ici encore, accueillir cette personnalité troublée (sans effort fictif pour communiquer avec les éléments irréels de son monde imaginaire), lui faire réaliser à quel

point elle est submergée par des éléments incontrôlables dont elle est la victime, et calmer les mille appréhensions ou révoltes qu'elle éprouve à l'idée même de consulter un psychiatre.

Il tournera en particulier sa propre attention vers les moindres indices ou paroles qui révèlent chez le malade la détresse et le besoin d'être compris et secouru. Mais, loin de lui apporter de simples encouragements et de banales assurances, il abordera, aussi nettement que l'état du malade le permettra, toutes ses raisons de refuser la consultation : humiliations, crainte des conséquences ou du milieu hospitalier, traitements coûteux, etc. Il va sans dire que dans de nombreux états psychotiques cette conversation ne sera guère possible et qu'il conviendra de faire allusion, d'autorité, aux soins que le docteur (« qui va venir ») doit lui apporter. Toujours il pourra ajouter qu'il s'agit là d'une épreuve très lourde, à offrir à Dieu aussi longtemps qu'elle subsiste, et lui affirmer que tant de personnes, autour de lui, souhaitent sa guérison et espèrent qu'il en prendra les moyens.

Des prêtres, que les circonstances conduisent à s'occuper plus fréquemment de psychotiques gravement atteints, ont témoigné que leur surprise avait souvent été profonde, quelques mois plus tard, d'apprendre du malade lui-même, en voie de guérison, que de telles paroles avaient été parfaitement perçues (malgré l'indifférence, voire l'hostilité, apparente qui les avait accueillies) et que leur attitude pastorale et éclairée, à ces heures critiques, avait suscité entre eux et les malades une relation durable, à base de reconnaissance et d'affection.

Faut-il ajouter que, pour remplir adéquatement les fonctions que nous avons décrites dans ces diverses situations, les membres du clergé s'assureront le minimum d'informations nécessaires pour orienter le malade ou sa famille vers les institutions ou les personnes d'où pourra leur venir une aide immédiate. Chacun devra donc connaître, à l'endroit où il vit et pour les milieux dont il s'occupe, les institutions psychiatriques, privées ou publiques, qui sont à la disposition de tous [8], la façon générale d'y introduire une demande d'admission et les dépenses (souvent beaucoup plus réduites que le public ne les imagine) que ce genre de traitement peut entraîner, compte tenu des assurances sociales. Nous estimons que tout prêtre, ayant la charge d'un groupe chrétien ou exerçant régulièrement les fonctions de direction spirituelle, devrait connaître le nom et l'adresse de plusieurs (si possi-

8. Un prêtre, embarrassé à ce propos, pourra toujours recourir à des services sociaux compétents : Centre de Service Social (paroissial ou interparoissial) de la ville la plus proche — Dispensaire d'Hygiène Mentale — Secrétariat d'une Ecole de Service Social — etc., ou encore écrire à des institutions nationales organisées dans ce but (tout particulièrement à l'*Association Catholique d'Hygiène Mentale*, secrétariat général : 48 rue Marie de Bourgogne, Bruxelles — Tél. 13.16.04), qui tiennent souvent à la disposition du public des listes d'institutions d'assistance psychiatrique.

ble) spécialistes — et même avoir pris un contact, fût-il rapide, avec l'un ou l'autre d'entre eux.

*
* *

Nous n'avons guère insisté sur les implications que la religion peut avoir *dans* la maladie mentale elle-même : dans la ligne des *psychoses,* lorsque la maladie traîne avec elle des thèmes religieux, la corruption est, en général, tellement évidente qu'il n'y a guère risque de confusion. Bien différente, à cet égard, sera la position du prêtre et plus grande, souvent, sa perplexité devant les manifestations religieuses, ambiguës, de certaines *névroses.* Nous en remettons la présentation à un prochain article [9].

Bruxelles
184 rue Washington.

A. GODIN, S. J.
Professeur de psychologie religieuse
au Centre International « Lumen Vitae ».

NOS CORRESPONDANTS

Monsieur l'abbé N. a lancé avec un groupe d'amis (séminaristes) un cercle d'études où l'on voudrait développer les techniques d'accueil dans la pastorale. *« Nous sommes un peu dans l'impasse, après avoir étudié le cas de Jeanne* (N.R.Th., nov. 1958) *parce que nous n'avons plus de matériaux. Nous avons utilisé déjà le volume sur le Case-Work par de Bray et Tuerlinckx (éd. Comets, 4 Place Poelaert, Bruxelles). Mais nous manquons d'ouvrages sérieux pour y puiser la matière de nos cercles. En outre, il nous faudrait quelque chose de systématique dans un ouvrage écrit en français si possible. Un manuel comme celui de Krech et Cruchfield (Psychologie sociale) est intéressant, mais fort technique et beaucoup de membres du groupe s'y trouvent déroutés... ».*

Ce que vous tentez de faire me semble excellent. Formé vous-même dans le secteur de l'Assistance sociale, vous êtes probablement qualifié pour susciter et animer ce petit groupe de travail dont vous me parlez. Vous êtes aussi sensibilisé de façon spéciale à cette « audition » sympathique et désintéressée qui est, certainement, un préliminaire indispensable à toute action pastorale, individuelle, profonde.

Oui, je craindrais que les lectures que s'impose le groupe ne soient trop techniques, de nature à décourager certains. D'autre part, il faut reconnaître que

9. La structure générale de cette première partie du *Guide* et certains développements descriptifs des psychoses nous ont été suggérés par la brochure suivante : *Clergyman's Guide to Recognizing Serious Mental Illness,* publiée par la « National Association for Mental Health », 10 Columbus Circle, New York 19, N.Y. Nous la recommandons à nos lecteurs de langue anglaise et remercions ses éditeurs de nous avoir autorisé à l'utiliser en l'adaptant librement. — Des **tirés-à-part de ce Guide, comprenant cet article et le suivant, pourront être obtenus en s'adressant à l'auteur et en joignant à la lettre un billet de 20 francs.**

nous n'avons pas en français les équivalents des ouvrages majeurs, en anglais, de Curran, Hagmaier-Gleason, Hiltner (cités dans de précédents articles de la *N.R.Th.*), ni de la revue *Pastoral Psychology* (Pastoral Psychology Press, Great Neck, N.Y., U.S.A.), protestante, qui fournit chaque mois un matériel (y compris des « cas » cliniques) digne d'être traduit et discuté dans un groupe, et qui a même publié un numéro spécial (February 1959) entièrement écrit par des catholiques.

En français, j'ai trois petits livres de base à vous signaler :

Garrett Annette, *L'entretien : principes et méthodes,* Assoc. Suisse des Travailleurs Sociaux, 1956 (Postfach, Kramgasse, Berne 8).

Nahoum Charles, *L'entretien psychologique,* Presses Univ. de France, 1958.

Bissonnier Henri, *Introduction à la psychopathologie pastorale,* Ed. de Fleurus, 1960 (31, rue de Fleurus, Paris) qui présente en outre, pour vous, une bibliographie commentée, mais orientée (nécessairement) vers la pathologie, ce qui ne doit pas devenir la préoccupation centrale d'un groupe comme le vôtre.

Avez-vous déjà songé à exploiter les nombreuses situations décrites dans certains numéros spéciaux de la revue *Présences* (Prieuré Saint Jean, Champrosay, S. et O., France) ? Par exemple : « Le malade mental et son entourage » (No. 70, 1960, 1) — « Le malade en sa totalité » (No. 57, 1956, 4) — « Le malade mental : qu'en avons-nous fait ? » (No. 54, 1956, 1).

Dernière suggestion : pour vous assurer du « matériel » (alors que vous n'êtes pas encore dans l'action pastorale directe), ne pourrait-on pas puiser dans certains romans ? — Un membre du groupe (par exemple) aurait lu *La nuit est ma lumière* du Dr. de Greeff, puis il composerait une consultation fictive avec tel ou tel personnage dont la situation et la psychologie sont ainsi connues (exemple : Sœur Colette), et un autre s'exercerait à dialoguer avec... elle. Dans l'exemple donné, le *Supplément à la Vie Spirituelle* vous a fourni un précédent (15 février 1951, n° 16, p. 37) en présentant « le cas de Sœur Colette », commentaire psychologique et pastoral à partir du roman. Ne pourrait-on pas travailler de la même façon en se servant de tel roman de Bernanos, ou du récent *Au risque de se perdre,* ou encore de l'*Augustin ou le Maître est là* de Malègues ? Ne serait-ce pas possible également dans le prolongement de certains ciné-forums ?

La mise en œuvre de ces situations fictives, dans le groupe, demande une certaine dramatisation ou « jeu de rôles » (role-playing). Et, en tant qu'animateur du groupe, vous gagneriez sans doute à lire un ouvrage assez touffu, mais suggestif : *Psychologie sociale : Groupes* (numéro spécial, triple, du « Bulletin de Psychologie », 17 rue de la Sorbonne, Paris V), ou à participer vous-même à un des week-ends régulièrement organisés en Belgique par l'*École des Parents et des Educateurs* (secrétariat : 92 avenue Molière, Bruxelles) pour le perfectionnement des dirigeants de groupes.

A. G.