NOUVELLE REVUE
THÉOLOGIQUE

82 N° 10 1960

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

André GODIN (s.j.)

p. 1063 - 1082

https://www.nrt.be/fr/articles/guide-a-l-usage-du-clerge-pour-discerner-les-troubles-mentaux-ii-1897

Tous droits réservés. © Nouvelle revue théologique 2024

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

II. NEVROSES

En désirant être aidé dans sa relation avec des consultants souffrant de névrose, le prêtre ne souhaite pas se substituer au spécialiste (psychiatre, psychothérapeute, psychanalyste) pour le traitement psychique des névrosés, ni même devenir capable de porter un diagnostic précis pour lequel il n'a souvent ni le temps ni la compétence voulue. Lorsqu'il demande des orientations et réclame, en particulier, des principes de classification, il manifeste surtout un besoin de *sécurité*, celui qui fait acheter des cartes avant d'entrer dans un pays inconnu. Les cartes ne dispensent pas d'avancer l'œil ouvert et l'oreille attentive. Ainsi ce guide ne veut-il être qu'une invitation à mieux regarder et à mieux entendre.

Le prêtre et les névrosés.

Les repères ou critères généraux qui seront sommairement présentés, pourvu que leur application soit prudente et, si possible, vérifiée dans des cercles d'études [1] ou des séances de supervision, offrent aux membres du clergé une occasion de

— prévoir et accueillir, sans perdre leur sécurité, certaines difficultés propres à la relation pastorale avec les névrosés;

— redresser des réactions personnelles et spontanées, légitimes et banales en soi, mais n'apportant aucune aide réelle ou compliquant encore la situation;

— prévenir en eux-mêmes et écarter chez les autres la confusion entre les problèmes moraux ou religieux (contenu apparent de nombreuses consultations) et les attitudes ou conflits réels, à la fois psychiques et spirituels, des personnes souffrant de névrose.

Ces buts, on le concède, sont assez négatifs au regard de cette « pastorale des névrosés » dont notre époque appelle le perfectionnement. En vue d'une pastorale positive, chaque type de névrose réclamerait une monographie fondée sur l'expérience éclairée par la foi.

---

1. Deux nouveaux « Séminaires de psychologie pastorale » (15 séances d'une heure et demie), consacrés au perfectionnement du *dialogue* en pastorale et direction spirituelle, sont en voie d'organisation à Tournai (M. l'abbé R. Baise, 28 rue de Monnel, Tournai) et à Namur (dans le courant de 1961 : Dom Adrien Nocent, **Abbaye de Maredsous**), **à l'initiative de l'Ecole des Parents et Educateurs** de Belgique.

Ce guide, tout sommaire qu'il est, sera au moins une invitation à avancer dans cette voie en permettant aux prêtres d'accueillir plus calmement, d'écouter plus attentivement et d'entendre plus exactement ce que le névrosé cherche à exprimer, sous certains mots qu'il emploie, faute de pouvoir dire mieux le mal dont il souffre. Du reste, ce mal demeure pour lui, comme pour tous, lié à l'angoisse de la finitude et du péché. En écoutant le névrosé nous entretenir de ses misères psychiques, en des termes souvent empruntés à la morale, notre oreille restera à l'écoute de ce que son discours symbolise : *l'anxiété* latente d'un *salut*, fait d'amour et de pardon, que Dieu seul peut offrir parce qu'il demeure bien au-delà d'un simple sauvetage socio-psychologique.

Le premier contact.

Avant toute information sur la nature du conflit, un prêtre s'efforcera de percevoir intuitivement et d'évaluer discrètement la normalité de la relation qui s'établit avec lui dès la première entrevue.

Avec des consultants dont la personnalité serait marquée de composantes *psychotiques* [2] (même si la psychose n'éclate pas au grand jour), le contact affectif est rarement direct, facile ou de plain-pied; lors des entrevues subséquentes, il ne s'est guère enrichi par les échanges précédents. Une impression de *distance*, bien différente des simples réticences, des hésitations ou des silences névrotiques, traverse tout le dialogue. La relation affective avec les psychotiques n'est pas satisfaisante; elle est sans cesse éludée au profit de l'attitude contenue et observatrice d'un égocentrisme demeurant sur ses gardes.

Au contraire, les consultants *névrotiques* offrent souvent une relation plus rapidement vraie et stable, susceptible de se développer (ou de se durcir) de rencontre en rencontre. Si cette relation, à la différence de celle établie avec les normaux, peut être lente à s'épanouir, faite de peur ou d'opposition tenace, d'exaltation ou de repli farouche, elle présentera ordinairement une certaine *fermeté et mesure* dans la proximité affective, que les psychotiques (marqués par des structures, constitutionnelles ou acquises, dès la première année de l'enfance) sont incapables de fournir.

Ce premier discernement, basé sur la relation spontanément établie, demeure fondamental dans toute évaluation humaine. Même un psychiatre, s'il est bon clinicien, ne peut s'en passer. *Mais ce discernement suppose la normalité de l'accueil offert par le conseiller lui-même.* A cet égard, quelques exercices de supervision (individuelle ou collective) seront toujours irremplaçables, si nous voulons nous rendre attentifs à nos propres particularités et rectifier nos déficiences dans nos modes habituels de contact et de dialogue.

2. Les principaux signes de *psychose* ont été décrits dans la première partie de ce *Guide*. Voir *N.R.Th.*, juin 1960, pp. 589-605.

Le névrosé parle.

Le plus souvent il se plaint, ou du moins il exprime (fût-ce par ses silences ou son maintien) des doutes, des conflits, des souffrances.

Au prêtre il exposera de préférence les thèmes moraux et religieux que traverse ou emprunte sa névrose : crainte de l'avenir ou du jugement de Dieu (de l'anxieux), émotions spirituelles ou mystiques (de l'hystérique), scrupules (de l'obsédé), sentiments de culpabilité (du déprimé, du neurasthénique), problèmes moraux ou conjugaux (des névrosés sexuels), sublimité verbale mais revendicatrice et accusatrice (du schizoïde ou du paranoïde), etc.

Quatre manifestations de structure névrotique.

En poursuivant le dialogue sur le plan où le consultant l'a placé, le prêtre fera bien de noter, à part lui, et de préciser par quelque investigation verbale la présence et le rôle d'un structure névrotique dans un des quatre secteurs suivants :

a) *Irréalisme* : le consultant a-t-il une façon réaliste, objective, ou au contraire assez « égocentrique » de vivre en contact avec le monde? Le dialogue révèle-t-il, à cet égard, une dominance dans *les objets de valorisation* propres au consultant? Engage-t-il *le meilleur de son affectivité* en évoquant :

— des *personnes,* des relations interpersonnelles, ou des situations réelles affectant des personnes (cas de *l'adulte normal*)?

— des *phénomènes naturels, culturels ou esthétiques* (dominance fréquente dans les cas d'*immaturité sexuelle*)?

— ses propres *émois affectifs* (caractère *hystérique*)?

— ses propres *états organiques* (caractère *hypocondriaque*)?

— des *concepts* ou des idées (caractère *obsessionnel*)?

— des *mots* ou des expressions verbales (*caractère schizoïde*)?

Un criminel expliquant avec passion comment il avait tué « *par amour* » représentait bien cette dernière catégorie : il ne s'agissait ni d'amour réel, ni même d'un concept de l'amour (comme chez des obsessionnels cherchant à réaliser une idée préconçue à travers un être humain qui n'est là que pour le décor), mais simplement d'un *mot* qui s'était chargé d'une affectivité radicalement égocentrique (narcissique).

b) *Agressivité refoulée* : le consultant laisse-t-il deviner, sous une apparence soumise, passive, déprimée ou culpabilisée, une charge considérable d'hostilité qu'il ne peut assumer, ni même reconnaître?

On ignore d'ordinaire l'existence de cette forte charge agressive chez les personnes déprimées. Là où l'agressivité s'exprimerait verbalement, l'interlocuteur averti doit supporter cette agressivité sans contre-réaction violente.

Mais la plupart des tensions internes qui épuisent la personnalité névrotique se nouent autour d'une agressivité comprimée, dont le sujet a perdu conscience. Découvrir l'existence de cette agressivité, lui permettre de s'exprimer, d'être reconnue et intégrée ne fût-ce que sous forme d'un problème ou d'un besoin de traitement : ce serait un important accomplissement de l'aide pastorale vers une clarification psychologique. Le rôle d'autorité et de prestige, où de nombreux consultants sont portés à enfermer le prêtre, lui rend à la fois cette tâche plus difficile, mais aussi son action particulièrement efficace (reconnaître des poussées agressives, en toute sécurité devant le représentant de Dieu, conduit aisément à les exorciser, à les accepter pour ce qu'elles sont : une donnée de départ).

c) *Immaturité sexuelle* : le consultant a-t-il intégré sa sexualité dans des contacts *affectifs* avec autrui? Ou bien en est-il resté au stade du désir sexuel égocentrique (soit en y cédant, soit en demeurant perpétuellement sur la défensive à ce sujet)?...

A-t-il connu une amitié, un amour réel? Et, dans ce cas, a-t-il été capable de fidélité? de pardon au-delà des échecs?...

Si les circonstances l'en ont empêché, est-il capable de contact, de compréhension, de dialogue avec autrui?...

S'il a choisi le célibat dans une carrière de dévouement, est-il capable d'une générosité orientée par un amour vrai, par une compréhension des situations et des besoins d'autrui? Ou bien n'est-il capable que de prestations, éventuellement onéreuses, à l'égard d'un objet idéalisé?...

d) *Anxiété et intolérance aux frustrations* : le consultant présente-t-il des inquiétudes réellement disproportionnées aux situations pénibles qu'il rencontre dans son existence? Sinon, qu'est-ce qui fait songer qu'on se trouve hors de la normalité?... Manifeste-t-il des tensions, de l'insécurité? Réagit-il trop, ou trop peu, aux situations où il est placé (et très précisément : à vos propres interventions dans le dialogue pastoral...)?

Y a-t-il eu des faits graves, récents, à l'origine réelle des états ou des troubles dont il se plaint? On songerait alors à une *névrose* (dite) *actuelle*, réactionnelle, n'ayant pas envahi la personnalité du consultant, ni même une région particulière (sexualité par exemple) de cette personnalité. Certaines réactions de deuil se présentent ainsi.

Ou bien, au contraire, les anxiétés ou les symptômes ont-ils une longue histoire, révélant ainsi la permanence d'une structure ou d'un mode anormal de réaction (*psycho-névrose* : synonyme de *névrose* proprement dite)?

Les cheminements de l'anxiété.

C'est à partir d'une certaine conception de l'anxiété (révélatrice d'un conflit profond, instinctuel), de ses bases physiologiques, de ses fixations aux divers stades de l'enfance (stade oral : frustrations alimentaires — stade anal : contraintes de la propreté — stade œdipien : éveil à un amour partagé) et de ses mécanismes d'expression (refoulement, régression, projection, rationalisation, etc.), que l'on s'efforce actuellement de comprendre et de classer les névroses. Les entreprises de classement demeurent décevantes et changeantes. Les manifestations névrotiques, chevauchant fréquemment les unes sur les autres, sont particulièrement aptes à dérouter le non-spécialiste.

La direction prise par l'anxiété peut cependant fournir une classification sommaire.

a) S'agit-il *d'un état général* d'insatisfaction « neurasthénique » (tension, irritabilité, épuisement), d'*angoisse flottante*, diffuse, toujours prête à s'éveiller? On parlera de névrose d'angoisse, sans autre symptôme que les phénomènes anxieux et leurs concomitants somatiques (palpitations par exemple).

b) Ou bien trouve-t-on l'anxiété transformée en des *symptômes précis* correspondant aux fixations des grandes névroses typiques : hystérie - phobie - obsession - états dépressifs - troubles de la sexualité.

c) En l'absence de symptômes, l'anxiété refoulée peut être présente dans une personnalité complètement construite sur des *mécanismes pathologiquement conditionnés* : névrose de caractère. Selon les mécanismes prévalents, on parlera de névrose d'échec, de *caractère* narcissique, hypocondriaque, dépressif, schizoïde, paranoïde, etc.

d) La propension à subir *organiquement* les conséquences des tensions psychiques ouvre à l'anxiété une autre possibilité : névroses psycho-somatiques.

e) Enfin on parle de psychopathies, lorsque les tensions s'incarnent habituellement dans des *conduites anti-sociales* d'isolement (ainsi : abandon périodique d'un emploi) ou d'opposition (certaines formes de délinquance). On pourrait en rapprocher certaines toxicomanies.

Ce guide se limitera à quelques traits de névroses typiques ayant plus fréquemment une incidence pastorale [3].

3. Pour compléter son approche pastorale des personnes souffrant de troubles mentaux, le prêtre pourra utilement se servir des ouvrages suivants : Vanderveldt, J. H., et Odenwald, R., *Psychiatrie et catholicisme*, Paris, Mame, 1954. — Ringel, E., et Van Lun, W., *Psychothérapie et direction de con-*

SIGNES DE QUELQUES NEVROSES TYPIQUES

1. *La névrose d'angoisse.*

Premier contact. On est frappé par le profond désarroi du consultant, son attente anxieuse d'un futur toujours imaginé sous les couleurs du pire, sa sensibilité exagérée (sursauts aux bruits), ses crises de larmes.

Symptômes. Les états anxieux sans objet déterminé peuvent aller jusqu'à l'angoisse somatique directe : spasmes gastriques ou intestinaux, poitrine serrée, palpitations, vertiges. Le sommeil est presque toujours perturbé, long à obtenir, agité, entrecoupé de cauchemars. Par moments, des crises anxieuses portent toutes les manifestations somatiques au paroxysme. Les formes légères de la névrose aboutissent à une vie menée dans l'insécurité : enfants craintifs et timides devant les nouveautés, les grands engagements, la vie sexuelle et, en général, l'avenir (la vieillesse, la mort).

Incidences pastorales. L'angoisse peut trouver une expression partielle dans des troubles de la conduite (fugues anxieuses, satisfaisant à la fois le besoin de mouvement et celui de retrouver la présence d'une personne protectrice, éventuellement le prêtre), dans des doutes anxieux, des scrupules anxieux (impossibilité de décision morale). Des appréhensions périodiques à propos de thèmes religieux (état de grâce, prédestination à l'enfer), du reste invérifiables, constituent un véritable « *échec à l'espérance* » sur le plan psychique[4]. Au plan religieux, le salut « avec crainte et tremblement » (S. Paul) sera vécu en profondeur, mais sans la joie d'une confiance apaisante.

Ces états anxieux, carrefour des autres névroses, des troubles psycho-somatiques et des psychoses, demandent la plus grande prudence et le renvoi au psychiatre, pour diagnostic précis, s'impose dans la plupart des cas aigus. Le prêtre, porté à accueillir et à rassurer, produit facilement chez certains anxieux une détente réelle, provisoirement fondée sur une relation affective facile à établir. Il peut en profiter, mais sans se faire illusion : cette détente peut cacher la marche latente d'une évolution plus grave.

2. *L'hystérie.*

Premier contact. Facile. Les hystériques s'expriment avec émotivité, manifestent leurs sentiments par des gestes ou des mimiques qui invitent à participer intensément à leur tragédie. Emotivité expressive — dramatisation : ces deux traits constituent un bon repérage de départ. Il s'y ajoutera souvent une irritante impression de « comédie », d'inauthenticité : l'hystérique, en souffrant, observe l'effet qu'il fait.

---

science, Paris, Mame, 1955. — Une présentation intelligente des mécanismes névrotiques, sur la base de réflexions socio-culturelles, est faite par Karen Horney dans *La personnalité névrotique de notre temps,* Paris, Ed. de l'Arche, 1953. — Enfin, lecture directement complémentaire à celle de ce guide, signalons l'article de la regrettée Dr. Suzy Rousset, *Dépistage du normal et du pathologique chez la femme,* dans le volume *Direction spirituelle et psychologie,* Etudes Carmélitaines, 1951, Paris, Desclée De Brouwer.

4. De très attachantes descriptions de personnes anxieuses et déprimées ont été présentées par le Professeur E. De Greeff, sous le titre *Psychopathologie de l'espérance et de la liberté,* dans *Psychiatrie et religion,* Paris, Fayard, 1958 : conception rigoureusement organiciste du traitement à appliquer, mais perspective finement spiritualiste sur la signification des troubles vécus.

Symptômes. Très variés. *Au plan psychique* : amnésies, états de rêve, fugues (errer sans but, conduites impulsives légèrement anti-sociales), instabilité d'humeur, frigidité sexuelle. Celle-ci se dissimule parfois sous l'apparence de conduites séductrices ou de vêtements provocants : coquetterie pathologique visant inconsciemment à frustrer l'homme... et les hommes. *Au plan social* : suggestibilité, mythomanie, projection accusatrice d'entreprises sexuelles de la part d'autrui, dépression catastrophique à la perte ou à la dévalorisation d'un être qui fut un objet d'attachement. *Au plan physique* : aptitude très forte à « convertir » les états émotionnels en manifestations physiques : syncopes, crises de larmes ou de rire, perte temporaire de la vue ou de la voix, insensibilité ou hyper-sensibilité, incapacité de marcher ou de se tenir debout, crampes, contractions ou spasmes de certains membres, etc.

Dans la « conversion hystérique » (à la différence des troubles psycho-somatiques constitués par un retentissement physiologique d'attitudes ou d'habitudes, conscientes ou inconscientes), le symptôme a valeur *expressive* : il symbolise, plus ou moins directement, le conflit psychique en lui apportant une (mauvaise) solution provisoire.

Une consultante se plaindra de transpirations profuses, allant jusqu'à abîmer complètement ses robes de bal, expressives de sa violente anxiété et agressivité à propos des soirées mondaines où on la force à paraître.

Un consultant racontera des vertiges, puis de brefs épisodes de perte complète de la vue, qu'il ne sera pas difficile de relier à des appréhensions, plus ou moins conscientes, le portant à fuir et à nier certaines situations conflictuelles.

Incidences pastorales. Les cas aigus d'hystérie sont nettement en diminution dans nos régions où la culture intellectuelle se développe. Les interférences avec des phénomènes d'inauthentique religiosité (apparitions, voix entendues, prières extatiques, réactions physiques violentes de l'appareil musculaire ou génital) sont actuellement connues, souvent citées ou condamnées par l'autorité ecclésiastique, donc suspectes et dévalorisées. Il n'en va pas de même chez les peuples de culture primitive où les phénomènes hystériques alimentent encore une part notable des manifestations religieuses individuelles et collectives.

Le prêtre rencontre plutôt des cas mineurs : instabilité émotive ou exaltation en matière religieuse. Des prétentions à une vie sainte, faite de zèle et de mysticisme, des sentiments de victime sacrifiée, alternent avec des moments d'angoisse ou de dépression, des tendances à l'impureté ou au blasphème.

Eviter deux attitudes extrêmes : a) réagir comme l'entourage en rejetant impatiemment tout ce qu'il y a d'« inauthentique », accuser ces « idées », faire appel à la volonté, morigéner des enfants grognons et boudeurs, manipulant leur entourage par de petits chantages et obtenant, par leurs troubles physiques impressionnants, l'apaisement de certaines tendances, la satisfaction de certains désirs. Ce sont, il est vrai, des égocentriques, cherchant à s'affirmer coûte que coûte, ne trouvant leur propre valeur que dans l'estime d'autrui, travaillés par un immense besoin *d'être* aimés, et souvent apeurés par la violence même de leur appétit sexuel. Mais ce sont des malades, victimes de leurs structures affectives labiles et capricieuses : il convient donc de les écouter et d'entendre ce que leurs apparences veulent dire...

b) se laisser accrocher par la piété pour des troubles physiques qu'ils étalent avec complaisance. Les hystériques (et ce ne sont pas seulement des femmes!) tenteront de se faire bien voir du prêtre, de se l'attacher par des cadeaux, par des prestations extraordinaires (et combien utiles!) pour trouver, lors d'entretiens confidentiels, les quelques minutes de sympathie et d'affection dont ils ont besoin plus que de pain. Si le prêtre participe à ce jeu affectif, la Parole de **Dieu ne passera plus que difficilement, étouffée, balayée, submergée par l'intensité même du besoin affectif. Les confidences, souvent d'ordre sexuel, s'accom-**

pagnent d'un transfert affectif encombrant, laissant l'impression d'une tendance à dominer beaucoup plus puissante, du reste, que la tendance à se donner [5].

Précaution élémentaire. Un danger social, sinon moral, surgit alors : n'arrivant pas à s'attacher tel prêtre, ou n'y arrivant pas au degré dicté par son insatiable désir, l'hystérique passe à l'agressivité, souvent par la diffamation, la calomnie, les lettres anonymes, même envoyées directement aux Supérieurs. Précaution élémentaire : conserver les lettres de l'hystérique, les dater, les faire voir à un Supérieur ou à un ami. On agira de même pour l'éventuelle réponse au moment délicat ou orageux. Ainsi, aux jours de la diffamation, il sera facile au conseiller spirituel d'établir que la vraie nature et l'évolution de cette relation ne lui avaient pas échappé.

Action positive. Sans concession aux besoins sentimentaux, sans faire écho aux dramatisations et aux chantages larvés, mais sans rejeter nécessairement les services rendus et sans nier les souffrances endurées, on procédera par clarification, par mises au point fermes et constantes, par rappel des cadres les plus simples de la vie morale, des références les plus immédiates à la vie religieuse dans sa simplicité. Spontanément porté, par sa formation, à la clarification des idées, le prêtre est capable d'aider ces personnes immergées dans les remous et les confusions de leur affectivité. Avec patience, il dénoncera l'inauthenticité des conduites, mais pourra discerner aussi les contre-coups assurément bizarres des besoins affectifs troublés (que l'on songe, par exemple, aux lactations spontanées lors d'une méditation intense sur le mystère de Noël) et les accepter comme les expressions déviées (par là même, indignes d'être divulguées dans le public) d'une concentration intense qui, au plan de l'âme, peut être inspirée par la grâce et s'accompagner de mérite surnaturel.

Bref, au lieu de se servir de Dieu pour approcher et séduire un de ses prêtres, l'hystérique apprendra à se servir du prêtre pour reporter vers Dieu l'offrande d'une vie affective psychiquement déchirée, mais souvent protégée contre l'hypocrisie *morale* et l'orgueil spirituel.

3. La phobie.

Premier contact. Se présentant avec précaution et réticence, le phobique redoute un dialogue évoquant l'objet de ses craintes : attitude compensatoire légèrement hautaine et hyper-virile, dissimulant une fragilité prête à fuir. Vigilance sans abandon : crainte de menaces dans un espace situé derrière lui.

Symptômes. Anxiété fixée sur un objet précis (situation, être vivant) dont on parvient à éviter la présence et même la pensée aux prix d'inhibitions et de restrictions considérables. L'objet des craintes (animal, rue, chambre fermée, relations sexuelles) est très *spécifique* à la différence des craintes obsessionnelles (qui modifient rapidement les attitudes générales à l'égard de nombreux objets). Mais des conséquences lamentables détruisent facilement l'existence quotidienne : impossibilité de quitter le domicile, affolement cardiaque à l'idée que les portes sont fermées, etc. L'inhibition sexuelle (impuissance, éjaculation précoce, frigidité) accompagne ordinairement la névrose phobique.

Incidences pastorales. Le plus souvent indirectes : dispenses de certaines obligations pour les phobiques des rues, problèmes conjugaux, inquiétudes morales. L'objet redouté peut appartenir au domaine religieux : entrer à l'église, assister au sermon, célébrer la messe avec un public derrière soi, prendre la parole habillé d'un surplis... Nous ne considérons pas comme de vraies phobies les craintes,

5. L'analyse d'un cas de dépression hystérique est présentée dans Ringel et Van Lun, *o.c.*, chapitre 5.

en apparence phobiques, à l'égard de Satan, de l'enfer, de la mort, etc., mais plutôt comme des obsessions à propos de thèmes religieux jouant ici le rôle d'*idées* abstraites : névrose obsessionnelle, ou obsessions sur fond d'angoisse.

Le prêtre agira avec bonté et compréhension. Le phobique ne gagne rien à être brusqué, culpabilisé, ni surtout à être forcé d'affronter les situations qu'il redoute. Par ailleurs, il n'est pas indiqué d'aider le phobique à s'installer davantage dans des restrictions qui le diminuent socialement. On donnera facilement les dispenses nécessaires, en soulignant fortement le caractère pathologique et provisoire de la situation. On peut du reste affirmer : 1) que les phobiques peuvent être guéris par un traitement approprié (ordinairement : psychothérapie analytique) — 2) que de nombreuses phobies s'atténuent avec le temps, si les circonstances de la vie sont favorables et s'il n'y a pas d'autre structure pathologique à la base (en particulier, la névrose obsessionnelle).

Le prêtre pourra donc ne rien précipiter, examiner l'ancienneté du trouble phobique et en évaluer la gravité au plan social, avant de conseiller un traitement spécialisé, ordinairement efficace.

4. *La névrose obsessionnelle.*

Premier contact. Ordinairement bon, au plan verbal, mais affectivement pauvre, rapidement encombré de concepts ou d'idées fixes mal adaptées au réel, et continuellement centré sur les impulsions et les scrupules propres au « psychasthénique » obsessionnel.

Symptômes. Il s'agit de contraintes, subies intérieurement, à propos d'*actes* (compulsions) ou d'*idées* (imaginations obsessionnelles) qui sont vécus, par les normaux, comme dépendants de la volonté. Le conflit peut être épuisant ou se tempérer par des « petites manies » protectrices (rituels, vérifications, tics expressifs) qui réduisent la compulsion en l'incarnant dans des mouvements. L'angoisse liée à certaines idées obsédantes (imaginations sacrilèges, par exemple), même très abstraites (chiffres), peut être soigneusement dissimulée, devenue presque inconsciente, exprimée simplement par de la fatigue, de l'agacement, des poussées d'irritabilité. A la différence du délirant (hallucinations du psychotique), l'obsédé sait que ses obsessions ne sont pas valables; il possède aussi, dans une obscure détresse, la conscience d'être séparé du monde et des personnes par un réseau de concepts, d'idéaux ou d'impératifs abstraits qui falsifient son contact avec le réel et lui enlèvent même la joie du devoir accompli.

L'agitation compulsive de l'homme d'affaires, incapable de repos et de contemplation artistique, correspond parfois au même mécanisme.

Des crises d'obsessions plus aiguës jalonnent la vie de l'obsessionnel : puberté, ménopause, début de la vieillesse. Il faut aussi noter que des états obsédants, *sans* lutte anxieuse, peuvent être une manifestation de psychose (schizophrénie).

Incidences pastorales. La multiplication des névroses à caractère compulsif ou obsédant est typique du monde moderne, dans les régions où prévaut une culture intellectuelle multipliant les communications d'ordre conceptuel et verbal. Le christianisme occidental, fortement codifié dans ses règles de pensée et d'action, sert plus facilement d'aliment à cette névrose que les religions d'un type plus primitif ou plus affectif. La névrose obsessionnelle capte probablement, à elle seule, la majorité des maladies mentales qui, en chrétienté d'occident, se fixent sur des thèmes religieux et moraux. Véritable « *échec à la foi* », au plan psychique, elle se nourrit de doutes religieux et de moralisme abstrait.

Les formes aiguës correspondent aux *scrupules* de forme compulsionnelle (rituels et gestes magiques, remplaçant la moralité vraie) ou obsessionnelle (rumi-

nations inquiètes sur le passé moral). On ne peut que renvoyer ici aux études spécialisées [6].

Dans les formes plus intériorisées (« caractère compulsionnel »), *le perfectionniste moral* est souvent difficile à discerner du véritable idéaliste.

L'action du prêtre n'aura guère de portée curative dans le cas de scrupules issus d'une névrose obsessionnelle. Il pourra cependant *endiguer l'aspect maladif* des compulsions et obsessions en adoptant à leur égard une attitude d'« isolation » visant à protéger le plan religieux : *non*, les scrupules de moralité n'expriment pas la vraie moralité, pas plus que le perfectionnisme n'exprime la vraie religion du chrétien scrupuleux. La vie religieuse bien située et intégrant la maladie psychique comme une épreuve empêcherait au moins que la personnalité tout entière ne soit gangrenée par la névrose.

Enfin, *sur le plan théorique*, on sait que la religion socialement vécue a été interprétée psychologiquement en la rapprochant des mécanismes d'une névrose obsessionnelle à caractère privé (Freud) [7]. Ce simple rapprochement, même s'il éclaire les conduites religieuses de certains croyants, ne peut constituer une objection sérieuse. Il appartiendra aux chrétiens spirituellement adultes de faire la preuve, théoriquement et pratiquement, que leur religion se situe au-delà d'une moralité même très exactement observée (dans le giron de l'Eglise notre mère) et qu'elle repose sur l'abandon confiant à une Parole (celle du Père) réellement salvifique en Jésus-Christ [8].

5. *Incidences pastorales d'autres manifestations névrotiques.*

Etats dépressifs simples. Il s'agit d'un trouble de l'humeur : fatigue, découragement, impuissance, sentiments d'indignité (auto-accusation). Des alternances d'exaltation et d'abattement feront songer à une psychose mélancolique de base (cycle maniaco-dépressif). Mais le prêtre rencontre chez certains consultants des formes « ambulatoires » de dépression mélancolique, où les sentiments de culpabilité se dirigent vers des thèmes religieux (péché originel) ou des auto-accusasions compulsives (besoin de se punir, de s'humilier devant quelqu'un). Le conseiller spirituel, désireux de situer correctement son action psycho-pastorale, fera bien : 1) de diriger son attention vers l'agressivité considérable latente sous certaines protestations d'indignité — 2) d'éviter, dans ces cas, de céder à sa tendance spontanée : encourager, trouver des qualités, prononcer des paroles louangeuses, exagérément optimistes, etc. Au contraire, permettre à ces consultants une forte expression verbale d'agressivité (par exemple en prenant au sérieux leurs propres expressions d'indignité !) leur ferait beaucoup plus de bien sur ce plan [9].

Troubles de la sexualité. Ils accompagnent ordinairement les névroses typiques : frigidité hystérique, impuissance phobique, masturbation compulsive, etc.

---

6. Mentionnons trois études récentes facilement accessibles : A. Lauras et Ch. Larere, *Obsessions et scrupules : psychiatrie et pastorale*, Cahier Laënnec, 1960, 2 (juin), Paris, Lethielleux. — N. Mailloux, *La pastorale et les scrupuleux*, Supplément à la *Vie Spirituelle*, 1956, n° 39 (novembre), Paris, Ed. du Cerf. — A. Snoeck, *La pastorale du scrupule*, *Nouv. Revue Théologique*, avril et mai 1957.

7. Voir A. Godin, *Freud et les préjugés religieux*, *Revue Nouvelle* (Bruxelles), juin 1959.

8. Lire à ce propos les analyses profondes de L. Beirnaert, *Freud, la religion et la civilisation*, dans *Problèmes de psychanalyse*, Paris, Fayard, 1957.

9. Lire, par exemple, les entretiens de thérapie simple que présente M^me^ Fr. Dolto, sous le titre « Acquisition de l'autonomie », dans le volume *Limites de l'Humain*. Etudes Carmélitaines. 1953. Paris. Desclée De Brouwer.

Mais il s'agit parfois de simple « immaturité sexuelle », celle-ci pouvant exister à 30 ou 40 ans...

a) Une occasion fréquente de perplexité sera d'entendre, chez des jeunes gens, l'allégation d'homosexualité, ou des appréhensions exprimées à ce propos. Il arrive qu'un prêtre perspicace puisse parfois rassurer en découvrant des signes certains d'« ambivalence » dans l'imagination ou le désir sexuel. Par ailleurs, on ne peut sous-estimer l'incidence malheureuse de l'homosexualité psychique (même en l'absence de tout acte peccamineux) sur le déroulement de certaines vocations religieuses ou sacerdotales : malaise continuel, par exemple, avec les supérieurs jouant ici le rôle psychique de « substituts du père ».

b) Un autre recours au prêtre proviendra de jeunes filles dont la disparition ou l'absence affective du père, à la période normale de leur développement hétérosexuel (14/18 ans), a entravé la prise de contact avec le monde masculin. Sur cette base, une vocation religieuse, sans être nécessairement inauthentique, demeure cependant périlleuse. Le prêtre devrait plutôt s'employer à encourager paternellement la marche vers une féminité pleinement acceptée.

Névroses de caractère et névroses psycho-somatiques. Ici surtout le prêtre se trouvera engagé, sans le savoir, dans des conversations et des conseils que la personnalité du consultant fera jouer dans le sens de la maladie.

A l'opposé des *psychopathes,* dont les actes de délinquance vont franchement contre les prescriptions morales et religieuses, les efforts héroïques, souvent mal placés, des *malades psycho-somatiques* proviennent souvent d'une volonté admirable de s'adapter à un milieu, de servir le prochain, de rester fidèles aux appels intérieurs tels qu'ils les comprennent. Du reste, les conséquences somatiques (souffrances intestinales, respiratoires, osseuses) aboutissent à crucifier leur corps par contre-coup de tensions ou de conflits largement inconscients qui forcent souvent le respect et n'excluent aucunement une sanctification personnelle très élevée [10].

Les névroses de caractère, enfin, se servent fréquemment de valeurs spirituelles en les asservissant aux fonctions psychiques pathologiquement troublées [11]. Ce serait particulièrement le cas : a) dans la *névrose d'échec,* aboutissant à des conduites de destruction personnelle parfois sous couleur de dévouement (équivalents de suicide) —

b) dans le *caractère schizoïde* dont la richesse de l'univers imaginatif et verbal peut voiler le manque total de contact avec autrui, véritable *« échec à la charité »* au plan psychique —

c) dans le *caractère paranoïde,* surtout, dont les appels solennels à la justice, au sens des responsabilités et à la pureté d'intention peuvent donner le change et cacher le fait brutal qu'il ne s'agit, psychiquement, que de défense de soi [12].

Tous ces consultants devront être confrontés aux valeurs chrétiennes, dénoncés dans leur prétention à les vivre déjà dans la plénitude de l'authenticité, amenés à purifier leur image de Dieu fréquemment demeurée infantile [13].

---

10. Un exposé original et pénétrant de psycho-somatique à l'usage des conseillers spirituels a été présenté par le Dr. Henri Samson, S. J. : *La morale dans son rapport avec les faits biologiques,* dans le volume *Limites de l'Humain,* Etudes Carmélitaines, 1953, Paris, Desclée De Brouwer.

11. Sur la distinction entre *valeurs* et *fonctions,* avec critères de discernement psychologique, revoir l'ouvrage classique du Dr. Charles Odier, *Les deux sources consciente et inconsciente de la vie morale,* Neuchâtel, Ed. de la Baconnière, 1947[2].

12. Voir E. De Greeff, *Les instincts de défense et de sympathie* (chapitre III), Paris, Presses Universitaires de France, 1947.

13. Dans le *Dictionnaire de Spiritualité* (Paris, Beauchesne) au mot *crises,* le

Tous devront savoir, par le dialogue pastoral, que ni le renoncement à la sexualité, ni la ponctualité à remplir des devoirs, ni même l'aversion à s'occuper de soi dans une visée captatrice d'autrui, ne sont conformes au message et à la réalité de l'amour divin.

« Qui n'aime pas son frère, qu'il voit,
Ne peut aimer Dieu, qu'il ne voit pas » (I Jean 4, 20).

L'action pastorale.

Les buts du conseiller spirituel dans sa relation avec des personnes souffrant de névrose peuvent comporter :

A. Une action morale et religieuse. C'est la plus importante, la seule qui soit vraiment essentielle et presque toujours possible. Selon les cas et les moments, une telle action visera :

1) *Un meilleur discernement des dispositions névrotiques* interférant dans la vie morale et religieuse du consultant. L'ancienneté du trouble, sa récurrence sous des formes stéréotypées, l'impossibilité de contrôler son apparition ou ses fluctuations, seront des critères utiles à communiquer, prudemment et au moment opportun, au consultant. Aider celui-ci à distinguer mieux, théoriquement et pratiquement, *phénomènes psychiques* passivement subis *et engagements personnels* activement recherchés (par exemple : *affectivité* de jalousie, normale ou pathologique, et *consentement* à la jalousie), sera fréquemment la voie du conseiller spirituel pour éclairer et apaiser rapidement, sinon profondément, certains anxieux, inquiets ou obsédés. Il ne s'agit nullement de nier toute responsabilité, même dans la ligne des comportements atteints par la névrose. Rien n'est plus funeste (et plus faux, la plupart du temps) que de déclarer à un névrosé qu'il est devenu incapable de commettre un péché mortel dans tel ou tel secteur : qu'en sait-on? — Ce genre d'affirmation résulte de la confusion, que nous dénonçons, entre fonctions psychiques et valeurs morales. De toute façon, c'est au névrosé qu'il appartient de porter, devant Dieu, son propre jugement de culpabilité. Toute autre manière d'agir (sauf dans le cas, rare et temporaire, de l'angoisse extrême) ne peut, à la longue, que renforcer le phénomène d'« aliénation », en laissant s'établir dans la conscience *morale* ce qui ravageait partiellement le jeu des forces *psychiques.*

2) *La purification de l'image de Dieu* souvent impliquée dans la névrose, fixée à un stade plus ou moins infantile (prières égocentriques ou superstitieuses, conduites pseudo-charitables à visées « captatrices » ou dominatrices, etc.), ou contaminée par des mécanismes

Père J. Mac Avoy a tenté un rapprochement entre les troubles affectifs, liés aux stades œdipien, anal et oral, et certaines manifestations égocentriques de la vie de prière elle-même.

psychiques (fausse culpabilité, par exemple). C'est souvent par la prise de conscience de l'image du prêtre, elle aussi plus ou moins détériorée par la névrose, que l'on approchera le mieux l'image de Dieu obscurément vécue par le consultant[14].

3) *L'acceptation et le bon usage de la maladie psychique*, en esprit de foi, ce qui n'entraîne nullement l'attente d'une guérison miraculeuse, mais peut impliquer la décision de consulter un spécialiste en vue d'un traitement.

B. Une action psychologique. Souvent indirecte, elle résultera le plus souvent de la sécurité personnelle du prêtre, de sa lucidité courageuse en face des manifestations névrotiques, de sa bonté éclairée à l'égard du névrosé lui-même. Mais, selon le temps et la compétence dont dispose le conseiller, elle gagnera à se fixer certains buts plus précis, ou à échapper à certaines routines. Ainsi, cette action psychologique est trop exclusivement conçue, par certains prêtres, comme un *soutien* (réconforter, rassurer, encourager), par d'autres comme une *lumière* (éclairer, mettre au point, préciser), par d'autres comme un *secours* généreux (aider financièrement, dépanner, se charger de démarches à faire). Il est vrai qu'une action psychologique *peut* comporter chacun de ces aspects, selon les cas, mais elle gagnerait souvent à aller davantage en profondeur et à s'intéresser aux ressorts affectifs fondamentaux : *l'agressivité*, en particulier, pourrait être reconnue davantage et servir le conseiller dans ses buts psycho-éducatifs.

C. Une action pour « motiver » le consultant en vue d'un traitement.

Un motif religieux peut venir s'ajouter ici aux raisons de bon sens. Une mère de famille, consciente des répercussions de sa névrose sur son foyer, un dirigeant catholique, un futur prêtre, une supérieure de maison religieuse trouveraient parfois dans leur *charité* surnaturelle un stimulant nouveau pour s'efforcer de restaurer par des moyens techniques un psychisme délabré ou menacé. Ce n'est pas leur sainteté personnelle qui est directement en question, mais c'est le rayonnement, la manifestation extérieure du don de Dieu que la névrose entrave, contaminant dans une certaine mesure le message religieux que ces personnes souhaitent transmettre à ceux dont elles sont responsables.

Toutefois le prêtre fera bien de n'orienter le névrosé vers le spécialiste que par persuasion (« motivation ») et non par pression morale. En jetant son prestige ou son autorité dans la balance, il rendrait plus difficile la future relation thérapeutique. L'efficacité psycholo-

14. Nous avons traité largement cette question dans nos trois articles sur « Le transfert dans la relation pastorale », *Nouv. Revue Théol.*, avril et septembre 1959, février 1960.

gique d'un traitement sollicité et entrepris sans conviction, par obéissance au directeur spirituel, serait parfois, sinon compromise, du moins retardée ou rendue plus compliquée.

Le prêtre ne se chargera donc pas d'introduire le consultant, ni même de choisir pour lui *un* spécialiste précis, encore moins de téléphoner à ce dernier à la place du consultant. Il ne se prêtera, ordinairement, à aucune entrevue avec le spécialiste, même désirée par un névrosé et dont celui-ci serait absent. L'instance pastorale et l'instance thérapeutique ont avantage à rester distinctes. Le névrosé devra souvent apprendre, au concret, à ne plus les confondre et à entrer librement lui-même dans chacune de ces deux relations, dont il éprouvera fréquemment le bienfait après en avoir traversé certaines antinomies apparentes, probablement relatives à sa névrose elle-même.

Cette tâche de « motivation » en vue d'un traitement, le prêtre l'accomplira plutôt en invitant le consultant à prendre une plus vive conscience de ce qu'il ne contrôle pas dans ses conduites ou ses sentiments, de l'anxiété qui le paralyse dans des situations importantes, du handicap dont se trouve alourdi son épanouissement humain, social, religieux ainsi que son légitime désir de correspondre plus pleinement à l'appel de Dieu.

Enfin, certaines appréhensions à l'égard des psychiatres et psychothérapeutes seront également levées du seul fait que le prêtre ne les partage pas et peut, éventuellement, témoigner de l'estime dans laquelle il tient certains de ces spécialistes.

Le problème du spécialiste.

Il arrive que le consultant, déjà à moitié convaincu, demande au prêtre quel spécialiste pourrait lui convenir.

Dans l'état actuel de la pratique psychiatrique dans nos pays, la réponse pose un problème difficile. Rares en effet, sauf aux Etats-Unis, sont les cliniques spécialisées où collaborent réellement les thérapeutes des diverses méthodes : traitements psychiatriques à base physiologique (chocs, cure de sommeil, chimiothérapies), psychothérapies (par exemple : psychanalyse), psychagogies diverses (par exemple : méthode éclectique de Baudouin), thérapies de groupe, relaxation (méthode Schutz), rééducation (sensorielle, musculaire et volontaire selon Vittoz), etc. Bien plus, le spécialiste a parfois tendance à introduire trop de « cas-limites » dans une clientèle à laquelle il applique généralement le même type de traitement.

Certains psychanalystes entreprendront de longs traitements psychiques avec des clients que d'autres thérapies auraient améliorés plus sûrement ou à meilleur compte; certains psychiatres, par ailleurs, n'hésiteront pas à appliquer des électrochocs, voire à tenter des lobotomies, dans des cas de névrose psychodynamiquement structurée, chez des sujets encore jeunes (20-30 ans) dont la personnalité **aurait été mieux respectée et reconstruite par des méthodes moins traumatisantes.**

Préjugé contre préjugé : chacun défend le sien. Ecrivant pour des prêtres, l'auteur de ce guide les invite à découvrir un ou deux *bons* praticiens, catholiques ou du moins *positivement* respectueux des croyances et des conduites religieuses (avec lesquels ils prendront occasionnellement un contact amical) [15], *dans chacune des trois catégories suivantes* (voir tableau en annexe, p. 1078-1079) :

1. Psychothérapeutes (par exemple : psychanalystes) *qualifiés,* pratiquant des traitements sur la base d'*une technique exclusivement psychique.* L'appartenance à une Société de Psychanalyse ou à un groupe de formation psychothérapeutique (pour les traitements mineurs : méthode Vittoz, par exemple), constituerait ici la garantie minimale, indispensable, de compétence.

2. Médecins (formés en psychothérapie) ou psychiatres, appliquant *une méthode mixte* : médicamentation *et* travail psychologique systématiquement poursuivi (clarification, soutien, parfois analyse des rêves, etc.).

3. Psychiatres (travaillant habituellement en hôpitaux ou cliniques) spécialisés dans *les interventions physiologiques,* les techniques chirurgicales et les méthodes de choc, accompagnées parfois de psychothérapies d'orientation rééducative.

On n'hésitera pas à renvoyer à cette *troisième* catégorie de spécialistes les personnes atteintes de *psychose,* d'*états dépressifs* accentués (impulsions au suicide) ou cycliques (phases euphoriques alternantes), ou de *névrose de caractère* en voie de détérioration après avoir servi la réussite sociale. Il est probable que les progrès de la pharmacothérapie et le développement d'un service social spécialement organisé permettront bientôt de multiplier les cas de cures à domicile avec surveillance particulière et emploi de méthodes de la deuxième catégorie.

A la *deuxième* catégorie (traitements « mixtes »), on songera particulièrement devant des personnes chez qui *l'angoisse* flottante ne permet guère le discernement, entravant notablement l'adaptation à la vie, et en général dans tous *les cas de névrose* où l'âge (plus de 40-50 ans), le domicile (éloigné des centres) ou la situation de fortune excluent d'emblée le recours à des traitements psychothérapeutiques, à séances rapprochées, pour lesquels l'aide financière des mutuelles ne couvrirait qu'une minime part des dépenses.

Dans les autres cas, on restera souvent perplexe. Du reste, comme c'est au névrosé lui-même qu'il reviendra de déterminer son théra-

15. A cet égard, on attendrait des responsables diocésains, des supérieurs religieux ou d'organisations pastorales (comme l'Entraide du clergé) une meilleure mise en commun des ressources locales ou régionales, en matière de spécialistes de la santé mentale, et des expériences heureuses ou malheureuses (en spécifiant le point de vue adopté pour cette évaluation) dont ils ont eu connaissance.

TABLEAU RECAPITULATIF DES PRINCIPAUX TROUBLES MENTAUX

GROUPES GÉNÉRAUX	CLASSIFICATION	SIGNES OU SYMPTÔMES	INCIDENCES PASTORALES	RECOURS AU SPÉCIALISTE (*)		
Névroses						
Etat de conflit affectif d'origine psychique, physiologique ou mixte, entravant notablement et durablement les capacités d'adaptation, de travail (de repos) ou d'amour.	N. d'angoisse	Etats anxieux, déséquilibre affectif	« Echec à l'espérance », scrupules anxieux	(1)	(2)	
	Hystérie	Dramatisation, « conversion » somatique expressive	Pseudo-mysticisme, allégations fausses de séduction	(1)		
	Phobie	Retrait anxieux devant certains objets ou situations	Fuite des lieux ou des actes liturgiques (dispenses)	(1)		
	N. obsessionnelle	Impulsions vérificatrices, protectrices, compulsion (masturbatoire, p. ex.), intellectualisation.	« Echec à la foi », scrupules obsessionnels, perfectionnisme moral	(1)	(2)	(3)
	Etats dépressifs	Sentiments de découragement, d'indignité, de culpabilité	Fausse culpabilité, idées de suicide		(2)	(3)
	Troubles sexuels	Immaturité, impuissance, inversion, exhibitionnisme, etc.	Problèmes conjugaux et vocationnels	(1)	(2)	
Névroses de caractère						
	N. d'échec	Auto-punition destructive				
	Narcissique	Egocentrisme	Assimilation inauthentique de thèmes religieux et moraux « Echec à la charité »		(2)	(3)
	Hypocondriaque	Obsession de troubles organiques				
	Schizoïde	Perte du contact affectif avec autrui				
	Paranoïde (etc.)	Idées de persécution				
Névr. psycho-somatiques						
	Fonctionnelles ou lésionnelles	Investissement des tensions anxieuses dans un des divers systèmes (cardio-vasculaire, gastro-intestinal, endocrinien, génito-urinaire, respiratoire, musculaire, osseux,...)	Mauvaise application d'efforts moraux parfois héroïques	(1)	(2)	
		Allergies graves				
	Alimentaires	Obésité - Anorexie (perte de l'appétit)				

Psychopathies

Orientation de la personnalité vers des conduites instables ou anti-sociales.	Occasionnelle Habituelle	Vol, vagabondage, prostitution, criminalité Récidives, instabilité générale, agressivité ouverte	Compréhension du « sens » de la délinquance vécue Aide à la famille	(2) ou institutions spécialisées (ex. : institut de rééducation)

Toxicomanies

Alcool Opium « Tranquillisants »	L'intoxication (au sens strict) suppose : besoins de continuer tendance à augmenter les doses dépendance physique ou psychique à l'égard des effets de la drogue	Appréciation du stade d'intoxication et du degré de responsabilité subsistante Informations préventives à diffuser dans le public	(2) ou institutions spécialisées (ex. : « Alcooliques Anonymes »)

Psychoses

Trouble mental grave entraînant la perte (au moins temporaire) du sens de la réalité, confondue avec des productions imaginaires, et l'impossibilité de vivre en société.	Endogènes : Confusion mentale Manie-Mélancolie Schizophrénie Démence précoce Paranoïa Démence sénile Exogènes : Infectieuses Traumatiques	*Dix signes de maladie mentale grave (voir 1re partie de ce Guide)* (Exemples : épilepsie sclérose en plaques tumeur au cerveau)	Recours d'urgence à l'aide psychiatrique Relation avec la famille Rôle psycho-pédagogique à la réintégration Problème du « bon usage de la maladie »	(3) avec hospitalisation probable

(*) Les chiffres de cette colonne expriment la catégorie des spécialistes orientés, en pratique, vers un type de traitement :

(1) Psychothérapeutes (éventuellement psychanalystes) utilisant des techniques exclusivement *psychiques*

(2) Médecins (formés en psychothérapie) ou psychiatres appliquant une méthode *mixte* : médicamentation et psychothérapie

(3) Psychiatres (en hôpitaux ou cliniques psychiatriques) spécialisés dans les traitements *physiologiques*, cures de sommeil, insuline, méthodes de choc, interventions chirurgicales..., éventuellement avec psychothérapie rééducative.

Deux genres d'hospitalisation sont possibles : soit en milieu fermé, soit en clinique ouverte. Les psychoses et psychopathies demandent le plus souvent un milieu fermé. Les névroses et toxicomanies se soignent mieux en milieu ouvert.

peute, rien n'empêche de lui exposer les trois genres de traitement possibles en lui laissant le soin d'aborder le spécialiste de son choix, seul qualifié pour indiquer la méthode à suivre.

Le tableau ci-joint (p. 1078-1079) *résume ces orientations et indique, en s'efforçant d'éviter toute indication unilatérale, les névroses les plus accessibles aux méthodes psychothérapeutiques.*

Nous n'espérons pas rallier à toutes les indications de ce tableau les opinions (souvent divergentes) des spécialistes.

Du reste, on ne peut ignorer les limitations actuelles que ceux-ci rencontrent dans le traitement des psychonévroses. Certains cas ne sont guère susceptibles d'être aidés. Dans d'autres, le spécialiste doit se contenter d'améliorer les symptômes, ou simplement d'enrayer le développement de la maladie. La limitation de ses moyens techniques et la surcharge dans sa clientèle forcent souvent le psychiatre à donner priorité aux cas les plus urgents et à ceux qui peuvent bénéficier davantage de son aide. Enfin on ne peut raisonnablement pas attendre qu'une psychonévrose, qui a mis des années pour se structurer, soit guérie en quelques heures ou même en quelques mois.

En appelant un progrès dans le discernement des techniques et une plus réelle coopération des spécialistes dans la sélection des malades psychiques qu'ils sont amenés à traiter, les prêtres voudront s'inspirer, dans leurs conseils visant au choix d'un thérapeute, de cette pensée de Pie XII : « *C'est toute la personnalité qu'il faut redresser, à laquelle il faut rendre l'équilibre instinctif indispensable à l'exercice normal de sa liberté. Il y aurait plutôt danger de cacher au patient ses problèmes personnels en lui procurant un soulagement tout extérieur et une adaptation superficielle à la réalité sociale* [16] ».

A la restauration de la *santé mentale* ainsi comprise, les prêtres chercheront toujours, au plan pastoral, à collaborer de leur mieux puisqu'elle est : « *...un des biens fondamentaux au point de vue naturel, mais aussi au point de vue religieux et surnaturel* » (Pie XII) [17].

L'expérience montrera sans doute qu'il n'existe pour le névrosé, pas plus que pour n'importe quel autre homme, aucune thérapie qui puisse dispenser de l'anxiété de choisir le bien, de la lutte pour y rester fidèle dans l'amour, et de la confiance d'attendre de Dieu seul la libéra-

16. A propos de progrès récents en *pharmacologie*, 9 septembre 1958. Voir le volume *Pie XII parle de santé mentale et de psychologie*, Bruxelles, Ed. de Lumen Vitae, p. 73.

17. Discours aux Infirmières, 1er octobre 1953. Dans le volume cité ci-dessus, p. 27.

tion finale des entraves qui paralysent parfois, en chacun de nous, ce choix, cette fidélité et jusqu'à cette espérance même [18].

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

Bruxelles 5
184 rue Washington.

NOS CORRESPONDANTS **

Monsieur l'abbé Br., à L., vient de recevoir *des parents anxieux et perplexes. Leur fille, 21 ans, est rentrée la veille, éplorée, après une conversation avec le jeune homme qu'elle fréquente depuis plus d'un an. Les fiançailles officielles étaient prévues pour le mois suivant. Mais le jeune homme a tenu à parler à la jeune fille de tout son passé personnel et lui a avoué qu'il avait pratiqué une masturbation fréquente, durant de longues années entre 14 et 22 ans. Il a actuellement 25 ans et termine des études universitaires. Il a souligné le fait que ses habitudes sexuelles ont cessé plusieurs mois* avant *de connaître son éventuelle fiancée. Les parents partagent l'affolement de leur fille et demandent conseil : ne convient-il pas de différer l'annonce des fiançailles?*

Votre récit, que je résume, révèle trois réactions de panique (au moins) : celle du garçon, avouant dans un climat angoissé son passé sexuel à sa future fiancée, — celle de la jeune fille, incapable de porter le poids de cette déclaration et s'enfuyant chez ses parents pour retrouver son calme, — celle des parents, enfin, qui vous passent la difficulté et vous prient de leur suggérer une décision.

a) Evidemment, l'attitude profonde du *garçon* serait la plus importante à éclaircir. C'est aussi celle que vous connaissez le moins. On peut soupçonner un passé où pèse une lourde culpabilité à propos des fautes sexuelles, culpabilité non seulement morale (objective) mais psychique (affective), celle-ci marquant profondément la personnalité puisqu'elle pousse à des « aveux » de façon assez compulsive, ne tenant pas compte des dispositions de la jeune fille à les accueillir. La maladresse de la déclaration me semble plus importante, ici, que le passé sexuel lui-même, dont nous ne savons rien qui fasse penser à un état psychique anormal.

On peut soupçonner, chez le garçon, une longue lutte pour venir à bout de ses habitudes, traversée d'un sentiment d'indignité : il ne se sentait pas digne d'aborder les jeunes filles tant qu'il n'était pas capable de se contrôler lui-même sur ce point. Il est bien connu que les jeunes gens se trouvent fréquemment libérés, partiellement ou totalement, de leurs impulsions auto-sexuelles à partir du moment où ils s'éveillent à une relation féminine et développent celle-ci même sur

---

18. Un tiré-à-part de ce Guide, comprenant cet article et le précédent, peut être obtenu en s'adressant à l'auteur et en joignant à la lettre un billet de 20 francs belges. Pour recevoir *plusieurs* exemplaires du Guide complet (au même prix), on s'adressera aux Editions de l'*Œuvre des Tracts* (184 rue Washington, Bruxelles 5) qui a bien voulu en assurer, dans quelques mois, la diffusion.

** Nous invitons les lecteurs et les éventuels correspondants de cette chronique à remarquer que ces questions et réponses, toujours suscitées par l'expérience pastorale, ont été rédigées de telle sorte que toute identification indiscrète soit **impossible. Elles sont reproduites ici *après* avoir été communiquées à nos correspondants et approuvées par eux en vue de cette publication.**

un plan strictement affectif. Cette canalisation de leur sexualité dans une affectivité hétéro-sexuelle constitue souvent un aboutissement heureux de ce genre de problème et, au plan strictement psychologique, elle est une garantie de santé plus réelle que la victoire héroïquement et solitairement conquise, avec les tensions, les anxiétés et les sentiments d'indignité permanente qui peuvent l'accompagner.

b) La réaction de *la jeune fille* a elle-même une grande importance. C'est un fait : elle n'a pas porté seule le poids d'une confidence reçue d'un homme qu'elle se préparait à présenter au monde comme son fiancé. A qui en revient la faute? A l'angoisse du jeune homme et à ses sentiments d'indignité, qui ont provoqué l'anxiété chez elle?... A son manque de préparation personnelle devant les réalités sexuelles (elle ignore, semble-t-il, que la masturbation antécédente ne constitue pas, en soi, un obstacle au mariage)?... Au climat qui règne dans leur relation ou leurs confidences progressives?... Un point est clair : le rapport affectif qui s'établissait entre ces deux jeunes n'avait pas atteint la maturité, l'harmonie ou la sécurité désirables pour que l'on puisse parler de mariage. L'incident, anodin en soi, est au moins révélateur d'un manque de contact en profondeur entre ces deux personnes : le garçon qui ne sent pas, à temps, l'émoi provoqué par ses confidences ou qui, l'ayant appréhendé, passe outre sans préparation et compulsivement — la fille qui n'hésite pas, dans son affolement, à introduire brusquement des tiers dans une question où son « fiancé » est aussi intimement impliqué.

c) Enfin *les parents,* en accourant chez vous, montrent qu'ils ne maîtrisent pas eux-mêmes la situation. Leur principale erreur est de tout ramener à cette malheureuse question de masturbation, alors qu'ils devraient évaluer avec le plus grand soin le déficit de véritable participation affective entre leur fille et son éventuel fiancé, que cet épisode leur a révélé clairement.

Conclusion. Aucun conseil ne peut provenir du fait de la masturbation ancienne, considérée en elle-même. Les sentiments d'indignité permanente mériteraient éventuellement plus de considération. En tout cas, pour maintenir ou retarder les fiançailles, les parents feront bien de rester attentifs aux souhaits de la jeune fille elle-même, en situant le problème là où il doit être : celui de l'anthenticité de la relation amoureuse entre les deux jeunes gens. Si les parents sont incapables d'assumer leur tâche de conseillers, que la jeune fille s'adresse, avec son « fiancé », à un Centre de Consultations pré-conjugales. Mais, après tout, pourquoi vous-même, Monsieur l'abbé, ne tenteriez-vous pas de les sensibiliser au véritable aspect du problème?... Celui-ci semble beaucoup plus affectif que sexuel et, sans être formellement un problème religieux, pourrait s'éclaircir et probablement se résoudre, dans une ambiance religieuse, en s'appuyant sur votre aide psychologiquement pastorale.

A. G.