

ENTOURER LES FAIBLES

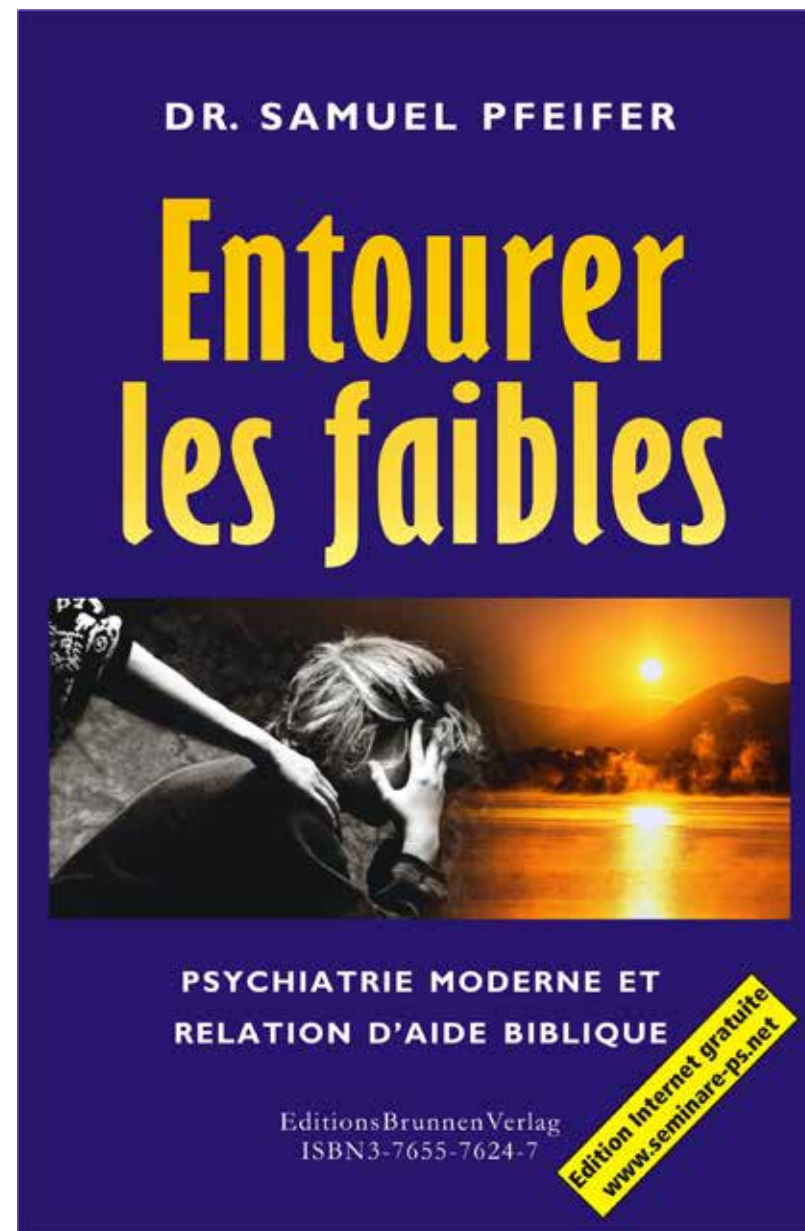
Les ouvrages sur ce thème publiés par des auteurs exerçant un ministère de relation d'aide traitent en général des cas de troubles psychiques légers et n'offrent guère de secours pour les cas de troubles plus graves. La littérature proposée par les psychiatres est, quant à elle, difficilement accessible aux «laïques» et elle n'aborde qu'à très rarement le sujet de la relation d'aide dans le cas de maladies psychiques.

Dans son livre, le Dr Samuel Pfeifer a su combiner de solides connaissances médicales, une riche expérience avec les malades et une optique résolument biblique. Après avoir donné un aperçu des différents troubles et maladies psychiques, il se penche tout spécialement sur les cas de dépression et de schizophrénie. Ses descriptions de modèles de psychisme malades sont remarquables. Il en analyse les causes et en décrit les thérapies de façon concise, facilement compréhensible et intéressante - le tout illustré par de nombreux cas cliniques bien choisis et émaillé de conseils pratiques.

Comme l'indique le sous-titre de l'ouvrage, le principal objectif de l'auteur est de faciliter la collaboration du médecin avec tous ceux qui exercent un ministère de relation d'aide au sein de leur église. A son avis, leurs rôles étant complémentaires, il est essentiel qu'ils engagent le dialogue pour essayer de se comprendre et de reconnaître leurs limites respectives.

Voici un aperçu des titres du livre : La psychiatrie en question — L'image de l'homme en psychothérapie — Le cerveau : une merveille — Comment se produisent les troubles psychiques? — Angoisse, obsession et hystérie — Les dépressions majeures — thérapie et relation d'aide — La schizophrénie et la foi — Vivre avec ses limites.

L'auteur, le Dr Samuel Pfeifer, est médecin psychiatre et psychothérapeute. Il est actuellement médecin-chef de la clinique «Sonnenhalde» à Riehen, près de Bâle (Suisse). Après les années de formation en Suisse, il fit un séjour d'étude aux Etats-Unis, où il s'intéressa surtout aux rapports entre la psychologie et la théologie. Le Dr Pfeifer n'est pas un inconnu pour le public francophone, son livre La santé à n'importe quel prix? publié également aux Editions ebv, ayant reçu un très bon accueil.



TELECHARGEMENT LIBRE: www.seminare-ps.net/fr

Sommaire

Introduction I

Partie 1: La psychiatrie en mouvement

1. La psychiatrie en question	1
2. L'image de l'homme en psychothérapie	13
3. Le cerveau - une merveille	27
4. Comment se produisent les troubles psychiques?	41

Partie 2: Types de psychisme malade

5. Un aperçu sur les troubles névrotiques	55
6. Angoisse, obsession et hystérie	65
7. Un aperçu sur les dépressions	79
8. Les dépressions majeures: thérapie et relation d'aide.....	95
9. Un aperçu sur la schizophrénie	109
10. Schizophrénie et foi.....	125
11. Schizophrénie: thérapie et relation d'aide	133

Partie 3: Entourer les faibles

12. Soins globaux aux malades psychiques	140
13. Vivre avec ses limites	159

L'édition originale de cet ouvrage a paru en allemand sous le titre:
«Die Schwachen tragen»- © 1988 Brunnen Verlag Bâle
Traduction: Antoine Doriath - ISBN 3-7655-8624-7
Télécharge de www.seminare-ps.net/fr

Introduction

Ce livre est né d'une série de conférences que j'ai tenues au cours de ces dernières années sur le thème: «Psychiatrie et relation d'aide». Le formidable intérêt suscité par ces exposés m'a prouvé que de nombreuses personnes cherchaient des réponses au problème de la souffrance psychique et de la guérison mentale.

On parle aujourd'hui beaucoup plus de troubles psychiques qu'auparavant. Il est vrai que l'on constate un accroissement très sensible des maladies dépressives. Le professeur Paul Kielholz, l'un des plus célèbres spécialistes dans ce domaine, écrit à ce sujet: «Cette augmentation est à mettre d'une part sur le compte de l'amélioration du diagnostic et du traitement des états dépressifs, et d'autre part sur le sentiment croissant de solitude et sur l'étiollement des relations humaines dans notre société de consommation et du jetable.» Le médecin allemand Hufeland était arrivé à la même observation: «Jamais les maladies nerveuses n'ont été aussi répandues ni aussi variées qu'aujourd'hui», écrit-il. Mais l'époque de cette constatation ne manquera pas de surprendre: 1812! Des observations approfondies ont révélé que le risque d'être atteint de troubles psychiques graves ne s'est pas accru au cours des dernières décennies.

Ce qui a augmenté en revanche, c'est la prise de conscience du phénomène. On parle de nos jours beaucoup plus ouvertement des problèmes et maladies psychiques. L'apparition et le développement de la psychiatrie ont multiplié les contacts avec des gens présentant des troubles psychiques. Dans notre société de bien-être et de haute technicité, il est beaucoup plus difficile à ces personnes de trouver un emploi et un accueil adaptés à leur situation

qu'autrefois, lorsque la population était essentiellement agricole. Ce qui a aussi augmenté, c'est la profusion des remèdes et la tendance à coller le label «maladie psychique» à la moindre perturbation ou au moindre écart des sentiments. Les «anxieux» d'autrefois sont les «dépressifs» d'aujourd'hui.

A première vue, il semblerait que la relation d'aide et la psychiatrie soient incompatibles. Pour beaucoup de chrétiens, la psychiatrie, en tant que science et système de référence, est suspecte. Ce n'est pas toujours à tort. Tout récemment, le professeur Hans Küng a souligné de façon magistrale «l'élimination de la religion en psychiatrie». Dans mes entretiens avec des médecins, des théologiens et des laïques, des chrétiens et des agnostiques, j'ai constaté que les raisons de cette méfiance réciproque pouvaient se résumer à quatre propositions :

1. La psychiatrie et la religion couvrent des domaines totalement indépendants l'un de l'autre. Il faut résoudre les problèmes psychiques à l'aide de la psychothérapie et de la psychiatrie, et laisser à l'Église le soin de trouver les solutions aux questions de la foi.

2. Les maladies psychiques sont provoquées, ou du moins aggravées, par la religion. Les partisans de cet argument évoquent souvent les notions de «névrose religieuse» et de «délire mystique». Mais ils omettent souvent de faire la distinction entre la cause et telle ou telle forme particulière de la névrose ou du délire. Le fait est que la désaffection croissante des lieux de culte et la diminution régulière de la pratique religieuse a conduit à une régression du taux de délires schizophréniques et dépressifs. Aujourd'hui on ne pêche plus contre Dieu, on enfreint les lois de la société. Le problème fondamental reste le même, seul le vocabulaire a changé.

3. A l'autre extrême, des chrétiens prétendent que les maladies psychiques constituent un problème spirituel, et qu'elles sont donc du ressort de la foi. Ils en attribuent la cause à un manque de sainteté, ou y voient une influence démoniaque, ou encore la preuve que l'homme n'a pas pleinement saisi la signification de la croix et qu'il ne s'est pas emparé de la victoire de Christ. Ces conceptions ont des effets spirituels et psychiques très néfastes sur les intéressés; ils se sentent en effet repris dans leur for intérieur et ont le sentiment d'être exclus de la communauté des croyants. Une telle opinion, non biblique, crée en fait dans l'homme des tensions internes plus fortes, et peut même aggraver son déséquilibre psychique.

Ces trois propositions expriment des positions unilatérales qui ne rendent pas justice aux personnes atteintes de ces maladies. C'est pourquoi je propose une quatrième thèse:

4. Les troubles psychiques font partie intégrante de notre humanité. Le concept biblique de faiblesse en est un aspect. L'Église chrétienne a un

grand rôle à jouer dans la prévention des troubles psychiques et dans le soutien des personnes faibles sur ce plan-là. Il est souhaitable que les psychiatres et ceux qui ont charge d'âmes collaborent dans la lutte contre ces maladies, à condition toutefois que les uns et les autres reconnaissent leurs propres limites d'action et se respectent mutuellement.

Beaucoup d'affirmations de ce livre portent évidemment l'empreinte des expériences personnelles accumulées durant mes années d'études, pour devenir médecin psychiatre et psychothérapeute. Je me souviens encore très bien de ma première impression d'une clinique psychiatrique. Tout jeune assistant, je pris ce jour-là mon tour au service d'accueil avec un certain serrement de cœur. Le local tenait à la fois d'une salle d'attente de gare et d'un asile de nuit. Heureusement, il a été entièrement rénové depuis! Les hommes qui venaient vers moi m'étaient étrangers, presque sinistres. Mais plus j'apprenais à les connaître, plus je découvrais derrière l'apparence étrange de mes patients des êtres comme vous et moi, des hommes qui traversaient une crise rendant nécessaire une hospitalisation momentanée. Eugen Bleuler a déclaré un jour avec pertinence que la vraie psychose se reconnaissait à la caractéristique essentielle suivante: «Le schizophrène conserve la santé; celle-ci ne disparaît pas, elle est simplement voilée.» Plus tard, j'eus l'immense bonheur de pouvoir aider les malades à recouvrer la santé qu'ils avaient provisoirement perdue.

Mais les bases de mon activité présente ont été posées longtemps avant le début de mes études médicales. Mon père, qui avait été durant de longues années aumônier dans un établissement de cure, m'a communiqué sa passion. Il a éveillé en moi un profond amour pour les personnes au psychisme fragile et a soutenu mon intérêt en faveur d'une médecine psychiatrique scientifique. Le christianisme que j'ai connu à la maison était une expérience émancipatrice et enrichissante. Pour mes parents, la Bible était la norme d'une vie épanouie, et la prière un dialogue naturel avec Dieu. J'ai moi-même expérimenté à quel point une foi vivante au Christ est une force dans la vie.

J'ai aussi eu le privilège de pouvoir compléter mes connaissances médicales par des études de psychologie et de théologie en Californie. Là, j'ai fait la connaissance de professeurs qui avaient défini une position solidement étayée par des arguments scientifiques et bibliques sur les grandes questions de la nature et des problèmes humains. Ils m'ont insufflé le courage de me pencher hardiment sur la psychologie, la psychothérapie et la psychiatrie, et d'examiner à la lumière de la Bible la vision du monde qu'ont ces sciences.

Dans ma quête de réponses, j'ai constaté avec douleur que la plupart des ouvrages de relation d'aide s'efforçaient de résoudre uniquement les prob-

lèmes simples, mais ne présentaient pratiquement pas de vision d'ensemble de la schizophrénie, de la dépression endogène, des névroses profondes ou des troubles organiques du cerveau. D'un autre côté, les ouvrages écrits par des psychiatres ne procuraient que peu de conseils susceptibles d'aider les malades psychiques pour lesquels la foi joue un grand rôle. Trop souvent, la psychiatrie se contente de décrire l'aspect religieux dans ses manifestations malades. Pourtant, comme l'écrit le professeur H. Küng, «celui qui n'a pas compris réellement ce qu'est la religion ne connaîtra jamais les immenses ressources spirituelles qui peuvent s'avérer déterminantes pour le bien des patients; il est plus démuné que celui qui s'appuie sur l'aspect libérateur et thérapeutique de la religion.»

Grace aux nouveaux traitements de la psychiatrie, beaucoup de malades peuvent aujourd'hui vivre sans être hospitalisés. Ils continuent pourtant à souffrir de handicaps psychiques qui rendent leur vie plus difficile. Il n'est pas rare que des pasteurs ou des chrétiens engagés viennent au contact de leur détresse. En effet, les malades psychiques sont fréquemment attirés par le message chrétien du salut et du pardon, de l'amour et de l'accueil offerts par Dieu et par la communauté chrétienne. Souvent, ils se convertissent à Jésus-Christ lors d'une crise. Les conseils qu'il faut alors leur prodiguer sont multiples et variés. C'est pourquoi les chrétiens, s'ils veulent aider efficacement des personnes présentant des troubles psychiques, ont besoin d'une connaissance élargie des maladies mentales et de leurs effets sur le comportement en général et sur la foi en particulier. Il est bon qu'ils sachent quelles sont les possibilités et les limites respectives de la psychiatrie et de la relation d'aide.

Ce livre s'adresse donc non seulement à ceux qui veulent approfondir leurs connaissances médicales sur ce sujet, mais aussi à tous ceux qui veulent mieux comprendre le mécanisme des faiblesses psychiques à la lumière de la foi chrétienne, à ceux qui ont charge d'âme et aux laïques engagés, ainsi qu'aux proches des malades psychiques. Pour rendre ce livre accessible au plus grand nombre, j'ai délibérément choisi un langage aussi simple que possible. Le lecteur qui veut poursuivre ses recherches pourra consulter utilement l'index bibliographique des principaux ouvrages en français sur ce sujet. Bien que les différentes maladies soient décrites de manière détaillée, seul le médecin est habilité à poser un diagnostic, car il possède à la fois les connaissances et l'expérience dans ce domaine.

Je suis très conscient des limites de cet ouvrage. Le contenu des chapitres qui suivent ne constitue nullement une nouvelle vérité, mais un exposé d'expériences courantes à la lumière des nouvelles connaissances en psychiatrie. J'écris en tant que médecin et non comme théologien. Je me suis cepen-

dant efforcé de décrire les faits expérimentaux d'une psychiatrie scientifique en conservant une solide attitude biblique. De nombreux sujets n'ont pu être qu'effleurés; il n'est souvent pas possible de donner des réponses définitives. Malgré cela, j'espère avoir présenté au lecteur une nouvelle compréhension des êtres au psychisme fragile, et une nouvelle perception de ce que la Bible affirme au sujet du sérieux de leur état.

Si ce livre pouvait contribuer à un dialogue plus fécond entre le médecin et ceux qui exercent la relation d'aide, entre la théologie pratique et la psychiatrie clinique, s'il pouvait encourager les responsables religieux et leurs auxiliaires laïques à mieux entourer les faibles, alors il aurait atteint son but.

Première partie

**La psychiatrie
en mouvement**



1 La psychiatrie en question

Il existe sans doute peu de domaines de la médecine qui suscitent autant de questions que la psychiatrie. Nombreux sont ceux qui éprouvent des réticences à s'occuper de malades psychiques. Quelqu'un m'écrivit un jour: «J'ai beaucoup de difficultés à côtoyer de telles personnes; je les trouve trop étranges, parfois même effrayantes. Je ne crois pas en la psychologie ni en la psychiatrie. Je ne pense pas qu'il existe des personnes ayant de réelles compétences professionnelles dans ces domaines. Ce qu'il convient d'apporter à ces malades, c'est davantage une aide humaine.» Au cours des innombrables entretiens personnels que j'ai eus à propos de la psychiatrie, j'ai rencontré le plus souvent des craintes et des attitudes défensives, des critiques et des préjugés.

Et pourtant, nous sommes constamment confrontés à des problèmes psychiques. L'homme moderne se préoccupe comme jamais auparavant de la dépression et des troubles psychosomatiques; on estime qu'une personne sur deux a un proche parent qui a dû subir un traitement dans un établissement psychiatrique.

Les chrétiens aussi ont des problèmes

Les maladies psychiques n'épargnent pas les chrétiens. Cette affirmation scandalisera peut-être plus d'un lecteur. Reconnaissons cependant que les chrétiens aussi sont sujets à la faiblesse et aux tentations. Que de fois n'ai-je pas entendu cette question: «Comment un chrétien qui croit de tout son cœur à

la Bible peut-il être atteint de troubles psychiques?»

Comment se fait-il

- que cette institutrice de 30 ans éprouve une telle crainte du lendemain qu'elle est obligée de prendre des tranquillisants pour surmonter son appréhension?
- que cet homme de 45 ans, victime d'un grave accident de la circulation ayant entraîné de sérieuses blessures à la tête, éclate en des accès de colère si violents qu'il a notamment réduit son téléviseur en mille morceaux?
- que cette femme de 40 ans sombre dans une dépression, ne trouve plus le sommeil et éprouve de sérieux doutes sur sa foi, qui était pourtant jusqu'alors un réel réconfort?
- que ce jeune étudiant de 22 ans se sente peu à peu persécuté par ses camarades, tienne des propos insensés et se dispute quotidiennement avec son père?

Les chrétiens ont-ils une explication à proposer à ces états? Peut-on trouver dans la Bible des indications qui puissent nous aider à comprendre ces malades sans nier pour autant la réalité de leur maladie? Ou faut-il, bon gré mal gré, se fier uniquement à l'enseignement de tel grand psychologue pour y voir plus clair? N'y a-t-il pas une conception biblique de l'homme qui ne se contenterait pas de souligner les écarts de conduite, mais qui rendrait compte aussi des états maladifs profonds?

Maladie ou problème normal de la vie?

Si l'on en croit certains psychothérapeutes et leurs écrits, chaque homme est plus ou moins un malade psychique, et comme tel il nécessite des soins appropriés. Mais on néglige trop souvent de faire la distinction entre simples troubles et maladies sérieuses. De nombreux spécialistes mettent aujourd'hui en garde contre la tendance à donner au mot «maladie» un sens trop large. Nous serions, comme l'affirme un courant de pensée qui s'est développé aux États-Unis, dans une société de malades qui prétend ne pas pouvoir vivre sans médecins. Il est normal et juste que nombre de chrétiens et d'auteurs, conscients de leurs responsabilités et connaissant les limites de la psychologie et de ses possibilités thérapeutiques, s'insurgent contre cette prétention de la psychologie.

Il faut néanmoins reconnaître que le nombre de personnes victimes de dépressions a considérablement augmenté ces dernières années. Beaucoup souffrent aujourd'hui des conséquences de traumatismes reçus pendant leur enfance ou d'expériences décevantes vécues plus tard. Les générations passées

se préoccupaient essentiellement d'assurer leur existence; ce souci n'a plus la même acuité. Notre société de bien-être se caractérise par le fait que tout grave de plus en plus autour des conflits intérieurs et des troubles psychosomatiques. Celui qui ne se sent plus «bien dans sa peau», aura vite l'impression d'être atteint de troubles psychiques. C'est trop facilement oublier que les tensions internes, les craintes et les dysfonctionnements passagers de notre organisme font partie de la vie et qu'il peut survenir des déceptions et des crises. Ces choses sont encore loin de constituer des maladies nécessitant l'intervention systématique de médecins spécialisés.

Maladies psychiques graves

L'extension exagérée qu'a prise le concept de maladie sous les effets de la vague «psy» ne doit cependant pas masquer le fait qu'il existe bel et bien des maladies psychiques, qui sortent du simple cadre des phénomènes normaux de la vie et qui doivent faire l'objet de traitements spécialisés prescrits par des médecins psychiatres.

C'est le cas notamment des troubles suivants qui appartiennent aux maladies mentales et qui affectent de cinq à dix pour cent de la population:

- la schizophrénie et les autres psychoses,
- les dépressions endogènes,
- les affections du cerveau (consécutives aux accidents, à la vieillesse ou à des processus organiques tels que tumeurs, troubles vasculaires, etc.),
- les névroses profondes.

Le risque d'être atteint un jour de schizophrénie est de un pour cent, et celui de sombrer dans une dépression de dix pour cent. Environ cinq personnes sur cent souffrent des conséquences d'une maladie psychique grave; quinze pour cent sont atteintes de troubles moyens tels que des névroses, des troubles de la personnalité ou des délires; enfin vingt pour cent sont victimes de troubles superficiels et passagers.

Il n'est pas toujours facile d'établir une ligne de démarcation précise entre les troubles légers et les maladies profondes. De nombreux troubles psychiques suivent une courbe ondulatoire. Les vagues presque imperceptibles d'un simple sentiment de malaise peuvent, sous la pression conjuguée de facteurs internes et externes, se transformer en flots dévastateurs d'une crise grave. Mais même si les effets momentanés de la maladie semblent particulièrement dramatiques, ils ne permettent pas de se prononcer sur son évolution future. Il est fréquent que le psychiatre constate des améliorations notables, même au sein de crises très graves.

Dans ce livre, je voudrais surtout traiter des maladies graves qui

s'accompagnent de souffrances prolongées et peuvent occasionner une gêne sensible dans la vie quotidienne. Dans ces états, le dialogue avec le malade n'est possible que sous certaines conditions: dans certaines phases de sa maladie, il n'est d'aucun secours, car le malade n'est plus que partiellement réceptif à la communication verbale. La psychothérapie et la relation d'aide atteignent là les limites de leur pouvoir. Dans ces cas, il ne serait pas sage d'envisager un traitement qui ne fasse pas intervenir la médecine psychiatrique.

Cela ne signifie évidemment pas que le responsable spirituel ne puisse pas apporter sa contribution à l'accompagnement thérapeutique des malades gravement atteints. Mais il aura nécessairement besoin d'une information complémentaire sur les origines et les causes de ces maladies, et de la collaboration de médecins psychiatres authentiques.

La psychologie et la psychothérapie sont-elles une religion de remplacement?

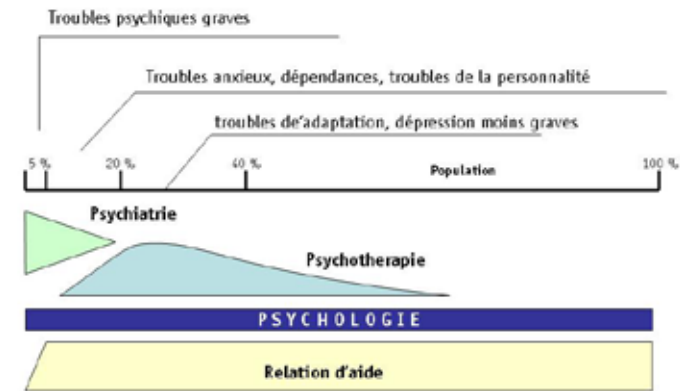
Beaucoup de chrétiens sont très sceptiques à l'égard de tout ce qui concerne la psychologie et la psychothérapie. J'ai moi-même conscience du fait que la critique adressée à la psychologie moderne est partiellement justifiée. Elle est décriée par des spécialistes aussi bien chrétiens que non chrétiens. Il faut pourtant admettre que les progrès en psychologie ont permis de mieux comprendre l'homme, sa nature et ses réactions. Mais par ailleurs, de nombreux contemporains ont tendance à ériger la psychologie au rang de religion. Quand une société rejette les normes absolues, elle s'assujettit de plus en plus à des «spécialistes» chargés de résoudre ses problèmes.

Mais tout ce que recouvre le vocable magique de «psychologie» ne procure pas toujours l'aide escomptée. Il y a une différence fondamentale entre des idées intéressantes en psychothérapie et des faits vérifiables. Les différentes écoles de psychothérapie lancent des affirmations plus ou moins invérifiables. Cela n'empêche pas la psychothérapie d'être efficace dans le traitement des troubles légers; son succès est alors dû, non à la justesse absolue des théories professées, mais au fait que le thérapeute a su faire preuve de chaleur humaine et d'intérêt envers son malade et à la volonté de ce dernier de modifier son comportement.

Il est donc tout à fait possible que les chrétiens eux-mêmes retirent des bienfaits de cette thérapie, à condition que celui qui les soigne ou les conseille reconnaisse ses propres limites et respecte le mode de vie et la foi du malade. Malgré tout ce que je peux reprocher à la psychothérapie, il faut néanmoins que je souligne ce côté positif. Beaucoup considèrent le psychothérapeute

comme un ami qui est payé pour soulager leur détresse, comme un spécialiste chargé de leur enseigner de nouvelles voies pour bien diriger leur vie. Malheureusement, la plupart des psychothérapies sont d'une efficacité limitée pour le traitement des maladies graves, les seules qui seront examinées dans ce livre. Les remèdes types proposés par la psychothérapie, aussi fascinants qu'ils puissent paraître, ne peuvent convenir que dans un domaine très restreint de la médecine psychiatrique dans son sens le plus étroit.

Figure 1-1 : Champs d'application respectifs de la psychologie, de la psychothérapie, de la psychiatrie et de la relation d'aide.



Psychologie, psychothérapie ou psychiatrie?

Je sais par expérience que beaucoup de gens ont du mal à faire la distinction entre la psychologie, la psychothérapie et la psychiatrie. Avant d'entrer dans le vif du sujet, il me semble utile de préciser quelque peu ce que recouvre chacun de ces termes. La figure 1-1 représente leur champ d'application.

La PSYCHOLOGIE désigne la science qui étudie le psychisme de l'homme, qu'il soit en bonne santé ou malade. Elle s'intéresse à son vécu, à ses pensées et à son comportement. Le mot «psyché» revient fréquemment dans la Bible. On le trouve 101 fois dans le Nouveau Testament. Il est généralement traduit par «âme», «cœur» ou «vie». Le mot «logia» apparaît aussi dans l'Écriture. Il exprime l'idée de collection, de discours, d'enseignement, de science. La psychologie est donc la somme de nos connaissances sur l'âme

ou encore la science de l'âme. Au cours des cent dernières années, la psychologie a décrit l'homme au moyen des archétypes les plus variés. Aucune de ces représentations ne peut cependant prétendre décrire la nature de l'être humain d'une manière exhaustive. Toutes expriment des vérités partielles et s'intéressent en fait à des séquences de ce qui est observable dans la vie quotidienne.

En France ont été créées des hautes écoles de psychologie, et en 1947, une licence de psychologie a été instituée, marquant l'autonomie de cette discipline, tout comme un diplôme d'État de psychotechnicien, en 1953, a consacré l'importance sociale de ses applications.

La PSYCHOTHÉRAPIE englobe toutes les techniques qui contribuent à soulager ou à guérir les troubles psychiques. On assiste aujourd'hui à un véritable «psychoboom» puisqu'on dénombre plus de deux cents écoles différentes de psychothérapie. La formation des psychothérapeutes est très variée. Certains ont obtenu d'abord des diplômes de psychologues et se spécialisent ensuite dans une ou plusieurs méthodes de psychothérapie. D'autres, surtout ceux qui sont qualifiés d'humanistes, ne suivent que quelques cours et s'attribuent le titre de psychothérapeutes.

Enfin, la PSYCHIATRIE recouvre un domaine des sciences médicales, et s'intéresse au diagnostic, au traitement et à la prévention des maladies mentales et autres troubles psychiques. La psychiatrie moderne découvre de plus en plus l'importance des phénomènes biochimiques dans le cerveau; grâce à l'emploi de médicaments appropriés, elle a, au cours des trois dernières décennies, puissamment contribué au traitement de nombreuses maladies psychiques graves.

Le psychiatre suit le cycle complet des études médicales au même titre qu'un autre médecin. Mais au terme de sa formation de généraliste, il se spécialise en travaillant quatre ou cinq ans dans des cliniques psychiatriques ou neurologiques. En outre, la plupart des psychiatres étudient une ou plusieurs méthodes de psychothérapie.

Comme le montre la figure 1-1, le psychiatre, grâce à sa formation de médecin et à sa spécialisation en psychologie, s'intéresse essentiellement aux troubles mentaux et aux maladies psychiques graves; le psychothérapeute, qui n'a pas toujours de formation médicale de base, peut apporter son aide dans le cas de troubles psychiques légers, davantage peut-être qu'en cas de troubles graves.

La psychiatrie en question

Il faut cependant reconnaître que la psychiatrie n'a pas bonne presse. Et je comprends fort bien les critiques qu'on lui adresse. Car la crise qui affecte la psychologie et la psychothérapie a également des répercussions sur la psychiatrie en tant que science médicale. De nombreuses voix se sont élevées contre les cliniques psychiatriques où l'on rassemble toutes les maladies psychiques. La critique est d'autant plus facile que trop souvent la psychiatrie n'aboutit pas à une guérison entière et définitive. Les espoirs déçus se retournent alors en critiques amères contre cette science. De plus, compte tenu du secret professionnel qui lie le médecin, il n'est pas toujours aisé de faire comprendre à l'entourage d'un malade pourquoi l'état de celui-ci nécessite un séjour en milieu hospitalier spécialisé.

La critique affecte aussi le personnel des cliniques psychiatriques. De nombreux soignants s'efforcent de transférer leur notion personnelle de liberté et de bonheur sur des malades profonds. Les déceptions sont prévisibles. Wolfgang Schmidbauer a fort bien décrit la détresse du personnel soignant. Ses deux ouvrages *Die hilflosen Helfer* (Les aides démunis) et *Helfen als Beruf: Die wahre Nächstenliebe* (L'aide en tant que profession: le véritable amour du prochain) font mieux comprendre la plupart des reproches adressés à la psychiatrie et à la psychothérapie (ainsi qu'à la relation d'aide chrétienne, soit dit en passant). Il ne faut cependant pas que les cliniques psychiatriques et leur personnel se retranchent derrière leur jargon «psy», mais qu'ils affrontent courageusement la critique. C'est leur seule chance de mieux prendre soin de leurs malades.

Le diagnostic: une simple étiquette?

La seule lecture des diagnostics posés par la psychiatrie fait naître des doutes à l'égard de cette science. Un jeune médecin déclarait récemment: «Si dix psychiatres examinent un patient, ils porteront dix diagnostics différents.» Il est vrai que le même état a souvent été décrit de différentes manières. Le diagnostic d'une dépression peut aller du trouble psychique léger consécutif à une déception jusqu'aux psychoses graves.

C'est pourquoi il est d'autant plus important d'établir un diagnostic précis de la maladie. On ne saurait prescrire un traitement efficace sans avoir au préalable posé un diagnostic correct. Le diagnostic devrait donc être un moyen permettant d'évaluer la nature et le degré de gravité de la maladie. De lui dépendent en partie les prévisions de l'évolution du mal.

Dans le cas de dépressions légères, pour poser un diagnostic, il suffit souvent d'engager une conversation approfondie avec le malade. Pour les formes plus sérieuses, le diagnostic fait intervenir des moyens médicaux qui varient selon la nature de la maladie.

Le diagnostic ne sert donc pas essentiellement à bien préciser le type de maladie, mais à mettre en œuvre un traitement approprié. Pour aider le patient à ne pas trop souffrir de l'angoisse du diagnostic, il sera du devoir du médecin:

- d'utiliser des termes aussi clairs et simples que possible,
- de communiquer son diagnostic avec beaucoup de tact et de délicatesse,
- de donner à sa clientèle potentielle une information générale complète et franche sur les maladies psychiques,
- de laisser au malade en pleine crise psychique un espoir réel sur les possibilités d'un nouveau départ dans la vie.

Supprimer les établissements psychiatriques ?

A-t-on encore besoin, de nos jours, de cliniques psychiatriques? Le moment n'est-il pas venu de supprimer toutes les institutions psychiatriques et de proposer de nouvelles voies pour traiter les malades psychiques? Ces questions, ce ne sont pas seulement des psychiatres qui les posent, mais aussi des chrétiens, évidemment pour des motifs différents.'

Ce mouvement contre les cliniques psychiatriques a pris naissance en Italie dans les cercles de médecins psychiatres de gauche, autour des années 70. Il faut dire que les conditions de vie dans les établissements italiens ne ressemblaient en rien à celles qui prévalaient dans les établissements similaires de Suisse ou l'Allemagne. De la sorte, le mouvement antipsychiatrique voulait mettre définitivement un terme à une institution jugée surannée et considérée comme un simple moyen d'oppression de la société contre les anormaux. «Il faut soigner la schizophrénie comme un rhume», estimait le Dr Basaglia, le célèbre antipsychiatre de l'époque.

On tenta donc une vaste expérience. La loi italienne ordonna la fermeture de nombreux établissements psychiatriques et le renvoi des malades dans leurs foyers. Certaines conséquences s'avèrent immédiatement catastrophiques: la plupart des malades furent désemparés par la liberté si soudainement retrouvée, car ils n'avaient brusquement plus personne pour prendre soin d'eux. L'interruption des traitements médicaux entraîna le retour en force de la démence sous toutes ses formes, et beaucoup de malades se retrouvèrent

clochards et mendiants. D'autres devinrent pour leurs familles une charge si lourde que des parents ne purent pas la supporter et eurent recours au suicide pour s'y soustraire. Il devint vite évident que cette loi avait été une erreur monumentale. Il n'y eut aucune diminution des troubles de la personnalité avec le temps. De nombreux malades éprouvèrent une détresse notablement plus grande après leur „libération“ que pendant leur séjour en milieu hospitalier spécialisé. Aujourd'hui, on cherche en Italie d'autres voies pour le traitement des malades mentaux profonds.

Un traitement vraiment humain des malades psychiques profonds suppose des lieux appropriés où ils trouvent un refuge, un examen médical par des spécialistes et un traitement adapté à leur cas, ainsi qu'une prise en charge parfois très longue jusqu'à la guérison complète. Malgré tous ses inconvénients, la clinique psychiatrique est l'endroit qui offre à un personnel qualifié les meilleures conditions pour s'acquitter de sa tâche.

Suppression de la religion et de la morale?

Les chrétiens qui ont gardé un mauvais souvenir des cliniques psychiatriques formulent des réserves et des critiques d'un autre ordre. Ils reprochent à ces établissements et à leur personnel leurs conceptions (ou l'absence de conceptions) morales et religieuses. J'entends souvent dire : «Comment les institutions psychiatriques pourraient-elles aider des malades, alors qu'elles ne prennent pas en compte leur foi en Dieu ou qu'elles prônent ou tolèrent une morale très permissive, notamment en matière de comportement sexuel, ce qui provoquera toujours de graves tensions et conflits internes?»

Comme tous les autres établissements, les cliniques psychiatriques sont imparfaites; elles sont imprégnées des conceptions particulières de leur personnel et limitées par toutes sortes de contraintes extérieures. Mais il serait injuste de juger toutes les cliniques d'après l'une ou l'autre d'entre elles qui n'aurait pas su témoigner tout le respect dû au malade ou qui ne lui aurait pas prodigué les soins nécessaires. Il faut aussi reconnaître que le personnel travaillant en milieu psychiatrique n'a pas toujours une foi personnelle en Dieu et qu'il adopte parfois à l'égard des manifestations religieuses une attitude d'incompréhension ou tout au plus de tolérance. Mais n'oublions pas que de nombreux patients qui sont admis dans les cliniques psychiatriques présentent des troubles tels qu'ils ne sont pas en mesure d'entamer une conversation suivie sur des sujets spirituels. La plus grande aide qu'on puisse leur procurer, c'est de compatir à leur détresse et de les soumettre à un traitement médical approprié.

Nombre de personnes doivent surmonter leur appréhension lorsqu'elles entrent dans un établissement psychiatrique. Mais quand elles en ont franchi le seuil, elles sont toutes surprises de constater qu'elles ont été accueillies avec amour, et ensuite que ce séjour leur est profitable!

J'ai exercé mon activité dans de nombreuses cliniques en Suisse et j'ai partout rencontré des médecins, infirmiers et infirmières, aides-soignants et assistantes sociales qui s'investissaient beaucoup au service des malades, avec un tact remarquable et sans jamais blesser leur sensibilité religieuse. Nous n'avons pas le droit de mettre ces personnes dans le même panier que certains thérapeutes inconscients ou irresponsables.

Pourtant, il est des conducteurs spirituels qui, déçus par quelque expérience vécue en milieu psychiatrique, n'hésitent pas à en retirer leurs malades profonds avec l'intention de leur procurer une aide différente. Malheureusement, une telle initiative entraîne le plus souvent de graves conséquences pour le patient et pour ses proches. Les malades seront en effet fréquemment soumis à des efforts stériles et surhumains pour eux, qui ne feront qu'aggraver leur cas et parfois les pousser au suicide. Finalement, on ne voit guère d'autre solution que de les faire admettre à nouveau dans un établissement spécialisé.

En agissant ainsi, les responsables spirituels s'exposent à un autre danger. Leur initiative est mal perçue du personnel soignant des cliniques psychiatriques, qui portent alors un jugement encore plus sévère sur les malades chrétiens et leurs conseillers.

Relation d'aide et psychiatrie: concurrentes ou complémentaires?

Le responsable spirituel et le psychiatre ont-ils la possibilité de travailler ensemble? Peut-on envisager une collaboration féconde entre la psychiatrie moderne et la relation d'aide chrétienne? Avant de répondre à ces questions, il convient de définir au moins brièvement ce que recouvre la relation d'aide.

La relation d'aide permet à l'homme de diriger sa vie sur la base des affirmations bibliques. Elle présente une conception biblique de l'homme et aborde ses problèmes quotidiens sous l'éclairage de l'Écriture. La Bible utilise différents termes pour décrire la fonction de relation d'aide; le vocable qui revient le plus fréquemment est celui de «paraklesis» ou le verbe associé «parakaleo». Il signifie consolation, exhortation, encouragement. C'est effectivement de cela que chaque chrétien a besoin, qu'il soit d'un équilibre

nerveux à toute épreuve ou psychiquement fragile. Un tel devra être fermement exhorté à changer d'attitude, tel autre aura davantage besoin d'être tendrement consolé et entouré au milieu de ses afflictions.

Par conséquent, lorsque le psychiatre a affaire à des malades chrétiens, l'aide et le soutien du responsable spirituel ne peuvent que lui être profitables. Les médecins et les responsables spirituels doivent de plus en plus comprendre qu'ils sont les uns et les autres confrontés aux mêmes difficultés et aux mêmes détresses humaines. A quoi bon passer son temps à critiquer la psychiatrie? Il est temps de rechercher des solutions qui tiennent compte à la fois des perspectives bibliques relatives à l'homme et des données scientifiques dûment établies. Il faut arriver à un dialogue afin de dissiper les malentendus, de renoncer aux préjugés enracinés de part et d'autre, et de parvenir à une meilleure connaissance réciproque de la psychiatrie et de la relation d'aide. Tel est le but que je vise dans les chapitres suivants, une fois brièvement présentés le concept de l'homme dans la psychothérapie, puis les merveilles du cerveau, base de la psychiatrie biologique.

References chapter 1

The following books contain material which is discussed in this chapter

- Zilbergeld B. (1983): *The Shrinking of America: Myths of Psychological Change*. Little Brown & Co.
- Collins G.R. (1988). *Can you trust psychology? Exposing the facts & the fictions*. InterVarsity Press.
- Andreasen N.C. & Black D.W. (2001). *Introductory Textbook of Psychiatry*, 3rd ed. American Psychiatric Association.

2 L'image de l'homme en psychothérapie

Vous connaissez sans doute cette histoire orientale des aveugles auxquels on avait demandé de décrire un éléphant. Les hommes étaient perplexes autour du gigantesque animal. Ne pouvant le voir de leurs yeux, ils décidèrent de se servir de leurs mains. Ils se mirent donc à tâter l'éléphant. Après avoir longuement palpé l'animal, chacun des aveugles essaya de résumer ses impressions. Le premier dit: «Un éléphant ressemble à un sabre à lame recourbée et pointue. - Certainement pas, déclara le deuxième, il ressemble plutôt à un serpent!

Comment pouvez-vous affirmer pareille chose? intervint un troisième; l'éléphant est semblable à un arbre.» Un quatrième décrivit l'animal comme un éventail qui lui procurait de l'air frais, tandis qu'un cinquième le compara à un mur et le sixième à une corde! Comment ces hommes en étaient-ils arrivés à des conclusions aussi différentes?

C'est bien simple. Le premier avait saisi les défenses pointues de l'animal, le second avait touché la trompe souple, le troisième avait enlacé une patte, le quatrième avait frôlé une oreille, le cinquième s'était adossé contre le ventre et le sixième avait empoigné la queue.

Qu'y a-t-il cependant de commun à toutes ces observations? Chacun a décrit fidèlement ce qu'il a palpé, mais en restreignant son champ d'investigation à une partie du corps seulement. C'est ainsi qu'apparaît souvent l'image de l'homme telle que la voit la psychothérapie.

Les différents modèles de la psyché

La plupart des chercheurs et des thérapeutes décrivent ce qu'ils ont observé et constaté chez les personnes venues les consulter. A l'instar des aveugles de la fable rapportée plus haut, ils ne peuvent décrire le phénotype, ou modèle, de la psyché humaine qu'à l'aide d'images et de modèles. L'image que l'on propose dépendra évidemment de la perspective que l'on a de l'homme. En général, même en prenant plus de recul pour avoir une vision globale, on n'arrive pas à se forger une image correcte de l'homme, car d'une certaine manière l'observateur est myope ou fasciné par un détail.

Je me propose d'exposer quatre archétypes mentaux qui, du point de vue de la psychothérapie, marquent toute étude des problèmes psychiques. La psychiatrie médico-scientifique s'appuie d'ailleurs sur cette conception organico-biochimique de l'homme, comme je le montrerai dans un chapitre ultérieur consacré à cet aspect. Les quatre archétypes sont les suivants:

1. L'archétype analytico-dynamique
2. L'archétype moral basé sur le comportement
3. L'archétype humaniste et basé sur l'éducation
4. L'archétype mystique et occulte

Il est impossible d'énumérer toutes les caractéristiques d'un archétype et d'en décrire la théorie jusque dans ses ramifications extrêmes. La présentation de chacun des archétypes ne pourra donc qu'être succincte et, par la force des choses, incomplète. Le lecteur qui voudrait se documenter davantage pourra se reporter au livre du professeur H. Kind, *Psychotherapie und Psychotherapeuten*.

J'indiquerai brièvement les causes des troubles selon l'archétype envisagé, puis j'examinerai les solutions proposées. On constatera alors avec étonnement que des responsables spirituels chrétiens se sont parfois inspirés de l'un ou l'autre de ces archétypes sans s'en rendre compte dans la plupart des cas.

1. L'ARCHÉTYPE ANALYTICO-DYNAMIQUE

La forme aujourd'hui la plus connue de la psychothérapie est sans conteste la psychanalyse ou psychologie des profondeurs, c'est-à-

dire de l'inconscient. C'est Sigmund Freud qui en posa les fondements

vers la fin du siècle dernier. Ce neurologue viennois partait du principe que tous les phénomènes et tous les comportements s'expliquent par des événements survenus dans l'enfance et par des conflits refoulés. Le traitement a donc pour but de faire prendre conscience à l'intéressé des choses enfouies dans son subconscient ou dans son inconscient.

La psychanalyse d'antan préconisait jusqu'à quatre entretiens hebdomadaires échelonnés sur plusieurs années. Aujourd'hui les séances sont habituellement moins nombreuses. Et il n'est plus toujours nécessaire d'allonger le malade sur le divan cher à Freud. La psychanalyse a connu un essor considérable depuis le début du siècle, grâce en partie à la multiplicité des écoles qui prétendent toutes que leurs méthodes sont «dynamiques»; elles font de la «psychologie en profondeur», et insistent beaucoup sur l'épanouissement de l'être humain et sur ses motivations (souvent inconscientes). Mais elles se différencient les unes des autres par leurs pratiques et leurs assertions.

Un traitement psychanalytique se justifie, selon moi, surtout dans le cas de troubles psychiques légers, car il demande la participation active du patient. Celui-ci doit notamment être disposé à raconter sa vie en long et en large, à entrer dans le mécanisme de la libre association, et à modifier son comportement. La thérapie par la psychanalyse en profondeur se présente comme un processus de maturation susceptible de rendre au malade le goût du travail, le sens de l'amour et le désir de vivre en société.

La pensée psychanalytique a inspiré de nombreux ouvrages populaires. Parmi les auteurs à succès, Alice Miller occupe une place particulière, grâce à son livre *Le drame de l'enfant surdoué et la quête du vrai Moi*. Dans ce livre, Alice Miller s'efforce de montrer que les parents freinent souvent l'épanouissement personnel de leur progéniture. D'après elle, l'éducation ne servirait qu'à maintenir l'enfant sous tutelle et à le manipuler. On peut ainsi empêcher l'enfant d'exprimer ses besoins propres et de les vivre, ce qui fait naître chez lui une peur profonde; mais il est obligé de l'enfouir et de la masquer pour ne pas perdre l'amour de ses parents. La thérapie consiste, dans l'atmosphère protégée du cabinet du psychanalyste, à faire revivre à l'être humain les blessures reçues pendant son enfance. Le patient est alors en mesure d'analyser ses réactions; il ne sera plus sans ressources pour affronter la vie comme il l'était autrefois pour affronter ses parents.

Guérison intérieure?

Comme toutes les psychothérapies, la psychologie des profondeurs

dépend des thérapeutes qui la pratiquent. Tous ne brossent pas des parents un portrait aussi négatif que celui soutenu par la psychanalyste Alice Miller.

J'ai personnellement connu des personnes exquises ayant une formation de psychanalyste. Elles ont deux forces qui m'impressionnent beaucoup: d'abord, elles s'engagent vis-à-vis du malade et prennent sa détresse très au sérieux; ensuite, elles ont une grande patience. Sachant qu'un changement exige du temps, elles n'insistent pas démesurément pour obtenir des résultats immédiats.

Je ne souscris cependant pas à toutes les affirmations de cette thèse.

Arrêtons-nous un instant et réfléchissons à la logique défendue par la psychanalyse. Celle-ci déclare en substance: Parce qu'un homme a connu des expériences douloureuses durant son enfance, parce qu'il a dû refouler ses sentiments, alors, par exemple, il souffre de frayeurs et sombre dans la dépression. S'il parvient à déterrer ces souvenirs enfouis dans son inconscient, alors il surmontera ses difficultés.

On entend de plus en plus de telles affirmations de la bouche des responsables spirituels chrétiens. «Guérison intérieure», «guérison des souvenirs» et «guérison des sentiments»: quand on dit cela, il semble qu'on a tout dit! De nombreux ouvrages traitent de ces questions et s'avèrent utiles dans la mesure où ils soulignent que l'homme peut abandonner à Dieu les blessures reçues durant son enfance. Contrairement à la thérapie psychanalytique, la foi chrétienne enseigne la possibilité du pardon qui va bien au-delà de la simple prise de conscience des souvenirs douloureux et refoulés. Cette disposition contribue grandement à la guérison comme l'a montré Kurt Scherer, auteur et responsable spirituel bien connu. Mais il est profondément regrettable d'entendre de paroles telles que celles adressées à un pasteur qui se mourait d'un cancer: on lui a dit qu'il ne pouvait être guéri de son mal uniquement parce qu'il n'avait pas fait ressurgir dans son conscient toutes les meurtrissures accumulées au cours de sa vie et que par conséquent, il ne les avait pas déposées aux pieds du Seigneur!

2. ARCHÉTYPE COMPORTEMENTAL

Dans les années 50, de nombreux psychothérapeutes commencèrent à bouder la psychanalyse. Pendant des années, ils s'étaient efforcés de mettre au jour les complexes cachés de leurs patients, sans pour autant obtenir des résultats spectaculaires. B.F. Skinner a été l'un des premiers à proposer une

voie radicalement différente. D'après lui, cela n'a aucun sens de s'intéresser aux années d'enfance. Un comportement mauvais est le résultat de mauvaises habitudes ou d'une mauvaise initiation, en somme d'une mauvaise programmation et peut être éliminé par une déprogrammation adéquate. C'est ainsi qu'au fil des ans se sont développées des techniques de thérapie du comportement (Gestaltthérapie en allemand); elles ont trouvé un vaste champ d'application pratique en s'attaquant à la peur et à la dépression. Dans cette

Figure 1-1 : Champs d'application respectifs de la psychologie, de la psychothérapie, de la psychiatrie



optique, l'essentiel consiste à modifier la façon de penser et de se comporter.

Dans la relation d'aide, on a aussi constaté l'importance de la pensée et du comportement sur l'origine et la maîtrise des difficultés. La contribution la plus connue dans ce domaine est sans doute celle de Jay Adams, mais il faut cependant la nuancer et avoir conscience de ses limites. Faire porter l'accent uniquement sur l'obéissance de la foi et sur la justification peut indéniablement aider et guérir le pécheur «ordinaire». Dans son cas, l'affirmation biblique prend tout son sens. Mais le chrétien qui souffre plus profondément de troubles psychiques risque d'interpréter cette prédication comme un idéal inaccessible pour lui et se sentira d'autant plus accablé; par ailleurs, il supportera mal le côté moralisateur de la relation d'aide et s'enfoncera dans de nouveaux problèmes.

Il n'empêche que la redécouverte de l'importance de la pensée et du com-

portement dans la relation d'aide est très importante. La Bible ne recommande nulle part de se plonger constamment dans le passé pour comprendre les difficultés actuelles de l'homme. Elle part du principe que nous sommes des êtres pécheurs et faibles et que nous avons journellement besoin du secours de Dieu pour surmonter nos difficultés. Le chrétien est constamment exhorté à se dépouiller de son comportement ancien, de ce que l'Écriture nomme «les œuvres de la chair», et à revêtir «l'homme nouveau». Les Saintes Écritures accordent une attention toute particulière au domaine de la pensée. Car celle-ci conditionne le comportement et, partiellement, les sentiments. Le chrétien est invité à se

conformer à ce qui est «en haut», et à laisser la Parole de Dieu imprégner ses pensées.

Il y a donc de la place pour une thérapie du comportement d'inspiration chrétienne. Qu'est-ce qui la différencie de sa sœur «laïque», popularisée par les écrits d'Albert Ellis et d'Arnold Lazarus? Essentiellement l'orientation de la pensée. La thérapie comportementale s'articule surtout autour des efforts personnels du patient. Il s'agit presque toujours d'«autodiscipline», de «s'aider soi-même», de «se sécuriser», de «s'affranchir soi-même», de «se guérir soi-même».

La relation d'aide chrétienne fait aussi appel à la responsabilité et à la collaboration de l'être humain. La foi sans les œuvres est une foi morte. Mais elle oriente l'homme vers Dieu et sur ses directives révélées comme normes de vie. Ce qui doit inspirer le changement de comportement, c'est le désir de se conformer à la volonté de Dieu, et non la confiance en ses propres forces ou l'intérêt personnel du patient.

3. L'ARCHÉTYPE HUMANISTE

Pour beaucoup, la thérapie comportementale fait la part trop belle au cerveau. Quel est l'intérêt de l'effort accompli dans le domaine de la modification des pensées si les sentiments en sont exclus? Cette carence explique l'apparition du troisième grand schéma de la psychothérapie, celle qui se veut humaniste.

Comme le suggère l'expression elle-même, la psychothérapie humaniste est centrée sur l'homme. Elle considère ses besoins: comme normatifs. Cette forme de thérapie a surtout été révélée par le théologien Carl Rogers. D'après lui, le problème fondamental réside dans les relations perturbées que l'homme entretient avec lui-même et avec autrui. Ce dont le patient a besoin, c'est que

le thérapeute lui manifeste un intérêt empreint de sensibilité et sans aucun préjugé. Il doit sentir qu'il est accepté tel qu'il est, avec toute sa personnalité. Point n'est besoin de pratiquer l'association d'idées, ni de faire prendre conscience au malade de ses erreurs de comportement. Le thérapeute ne doit pas perdre de vue qu'il n'a pas à donner des directives pour la conduite; au contraire, il doit absolument adopter une attitude «non directive». Dans cette conception, le péché n'a aucune place. En chaque être sommeille une «force de bien» qui le rend capable de se réaliser lui-même.

Dans ses entretiens, le thérapeute s'efforce de créer une ambiance aussi agréable que possible. Il cherche ensuite à formuler clairement ce que son patient a exprimé à demi-mots. Les sentiments sont essentiels. Ce sont eux qui impriment la direction à l'entretien. Une fois que les sentiments ont pu être vécus d'une manière consciente, les blocages disparaissent d'eux-mêmes: le patient trouve le chemin d'accès à ses propres forces de guérison intérieure. S'il a fait l'expérience d'une relation chaleureuse avec son thérapeute, il sera en mesure de nouer des relations de même type avec son entourage. Il devra simplement se laisser conduire par sa sensibilité, sans tenir compte des tabous moraux établis par la société ou par la religion.

La thérapie humaniste de groupe se fonde sur cette philosophie. Dans ces groupes, beaucoup découvrent le sentiment de sécurité qui leur échappe ailleurs, et l'accueil chaleureux qui leur est refusé dans un monde froid. Le groupe devient la référence de leur vie et de leur comportement. Ils peuvent s'y réfugier chaque fois qu'ils ont un problème avec le monde réel; ils y trouvent l'amour lorsque leur foyer se désagrège.

Se réaliser : un mirage!

Les promesses mirobolantes de la psychologie humaniste ont fasciné, attiré et imprégné des millions d'hommes et de femmes depuis une soixantaine d'années. Cette psychologie leur a permis de briser les chaînes de la responsabilité personnelle et de se laisser conduire au gré de leurs sentiments. Dans leur quête «d'autoréalisation», ils ont été amenés à rompre les ponts avec leur famille, leurs amis et leur conjoint pour pouvoir mieux se réfugier dans le cocon de leur propre Moi.

Le professeur Jörg Willi, psychiatre zurichois, déclare: «La fureur narcissique dirigée contre la famille - sous prétexte qu'elle ne satisfait pas les besoins de tendresse, d'aide, de compréhension et d'affirmation de soi - conduit les gens à la détruire pour mieux pouvoir se replier sur eux-mêmes.» On parle

beaucoup aujourd'hui de la destruction de l'environnement. Plus grave encore est cependant la dislocation que subissent les relations humaines à cause de l'idéologie d'une réalisation effrénée de soi. «L'homme ne contribue pas seulement à la destruction de son environnement naturel, mais aussi à la destruction des relations sociales les plus élémentaires.»

Alors que des psychologues conscients de leurs responsabilités et des théologiens critiques se lamentent depuis longtemps sur les dégâts occasionnés par la pensée humaniste, celle-ci imprègne souvent aujourd'hui la conception chrétienne de la relation d'aide. Dans de nombreux cercles évangéliques, l'évangile qui invite à suivre Jésus-Christ est remplacé par le message qui insiste sur l'épanouissement de soi.

Un défi lancé à la relation d'aide

Avons-nous pour autant le droit de rejeter en bloc toutes les conclusions de la psychologie humaniste? La dynamique de groupe n'est-elle pas plus efficace et plus secourable que les anciennes formes de communauté? De nombreuses personnes se sont senties beaucoup mieux accueillies par un de ces groupes que par leur pasteur, leur prêtre ou leur cercle familial. Devons-nous sous-estimer, voire ignorer l'aspiration de l'homme à la sécurité et à l'épanouissement? La Bible ne parle-t-elle pas elle aussi d'amour, d'accueil et de développement de la personne?

A mon avis, il faut distinguer entre l'idéologie d'une thérapie et la manière dont le thérapeute l'applique à son client. J'ai parmi mes connaissances des chrétiens qui se sont formés en vue d'entretiens psychothérapeutiques sans pour autant avoir accepté toute idéologie de l'épanouissement du Moi. Je connais aussi des thérapeutes non chrétiens qui ont procuré une aide très efficace à de nombreux chrétiens grâce à leur accueil empreint de beaucoup d'amour. Je leur suis très reconnaissant pour leur précieux travail auprès des malades gravement atteints et des personnes qui souffrent.

Chaque principe de l'idéologie fondamentale de la psychologie humaniste oblige la relation d'aide à examiner ses propres valeurs. C'est notamment le cas de l'amour que la psychologie humaniste met au premier plan dans ses séances thérapeutiques. Dans ce domaine, elle lance un défi aux responsables spirituels et à l'Église. La crainte qui s'empare du chrétien chargé de la relation d'aide devant un comportement difficilement explicable et compréhensible, ainsi que la manie de vouloir mettre le doigt sur un péché précis

ou sur d'éventuelles pratiques occultes, lui font souvent oublier les règles bibliques les plus élémentaires: écouter d'abord, parler ensuite. Le patient qui vient chercher conseil doit absolument percevoir chez son interlocuteur une attitude d'accueil

et de compassion. Si tel est le cas, il sera réceptif même à des remontrances méritées pour corriger le cours de sa vie.

Mais la foi chrétienne affirme sans équivoque que l'amour et le développement de la personne ne sont pas des entités autonomes. L'amour de Dieu pour l'homme doit en retour approfondir l'amour de l'homme pour Dieu. L'amour authentique n'a rien à voir avec une manifestation de sentiments égoïstes; il cherche plutôt l'intérêt du prochain. C'est précisément parce que Dieu veut étancher notre profonde soif d'amour que nous pouvons refouler nos désirs personnels. Dieu offre une vie abondante même si l'homme doit la vivre à l'intérieur de ses limites psychiques et physiques.

4. LA PSYCHOLOGIE TRANSPERSONNELLE : la thérapie par la mystique et la magie

La psychologie de l'autoréalisation - ou de l'épanouissement du Moi - a eu des prolongements. Ses promoteurs : Rogers, Maslow, Pearls, pour n'en citer que quelques-uns, ont senti peu à peu que leurs ultimes aspirations ne pouvaient pas être satisfaites par une source terrestre. Ils ont mis au jour un nouveau besoin humain, dont la satisfaction est devenue leur préoccupation numéro un. Il s'agit du besoin d'expériences spirituelles. La voie qu'ils préconisaient de suivre, inimaginable encore il y a une vingtaine d'années est devenue, dans la mouvance des idées du Nouvel Age sur la psychanalyse, la thérapie du comportement et la psychologie humaniste, la «quatrième composante» de la psychologie.

«Les mages sont à nouveau parmi nous, et l'on est en train de redécouvrir le monde magique», écrit le Dr Lutz Müller dans la très sérieuse revue *Psychologie* heute. «La magie et la mystique, la mythologie et les légendes, la méditation et l'imagination, le rêve et le fantastique, les religions orientales et occidentales, le chamanisme, la culture indienne, les rites, la parapsychologie et l'occultisme n'intéressent plus seulement les marginaux et curieux, mais également un nombre sans cesse croissant de scientifiques...»

De plus en plus de gens sont déçus des entretiens sans fin avec les psychanalystes, des bonnes paroles des humanistes et des programmes élaborés par

les thérapeutes du comportement. Ils languissent après le sens final de la vie, après une source d'énergie par-delà l'existence présente limitée. Mais ils ne la cherchent pas dans la révélation chrétienne. La nouvelle expression en vogue est celle de la psychologie transpersonnelle. Elle est, dit-on, «un pont entre les sciences naturelles et la religion. La méthode est scientifique, le but religieux.» Le psychologue doit redevenir un prêtre, «un accompagnateur chargé de conduire ses patients vers des expériences plus sublimes».

Le but poursuivi est défini comme étant «l'événement transpersonnel qui amène l'homme, la nature et le cosmos à se fondre dans le tout». Cette expérience doit conduire à «une réflexion renouvelée sur notre origine cosmique». Un nombre croissant d'individus en attendent une victoire sur leurs craintes existentielles et une nouvelle confiance en eux-mêmes. Ils la perçoivent comme l'aube d'une ère nouvelle : non pas comme un «Nouvel Age» pour le monde, mais comme l'éveil de leur être après une période d'engourdissement. Un massage énergétique du corps et de l'âme doit leur insuffler une force cosmique. L'hypnose et la méditation élargissent le champ de la conscience et préparent à de nouvelles expériences «spirituelles». Ils font confiance au pendule et au jeu de tarots, à l'horoscope et à la boule de cristal pour découvrir les orientations de leur vie. Des médiums les mettent en relation avec le monde des esprits. Des expériences faites grâce à la thérapie de la réincarnation les aident à mieux comprendre et assumer leurs conflits présents.

La plupart des chrétiens ont du mal à découvrir un quelconque aspect positif dans la psychologie transpersonnelle. Des quatre archétypes, aucun n'apparaît aussi clairement que celui-ci comme une religion de substitution. On peut tout au plus lui savoir gré d'avoir introduit une dimension spirituelle dans la psychothérapie et d'avoir fait de la religion dans son sens le plus étendu une composante à part entière. Mais le contenu et les méthodes de la psychologie transpersonnelle sont diamétralement opposés aux données de la foi chrétienne.

Compte tenu de ce contraste frappant qui existe entre la foi chrétienne et la psychologie transpersonnelle, on serait tenté de croire que jamais les chrétiens ne seront menacés par cette pensée. Pourtant, de nombreux responsables spirituels connaissent le danger d'attribuer trop rapidement l'origine des troubles psychiques et des crises de la vie à une «énergie négative», à «des démons puissants», à «une possession occulte» ou tout simplement à des «blocages spirituels». Cette terminologie n'a aucun appui dans l'Écriture. De telles théories appliquées à la relation d'aide ressortent plus d'un mysticisme occulte que de l'enseignement biblique.

D'aucuns me rétorqueront qu'il faut quand même bien admettre la présence d'un élément spirituel dans les maladies psychiques, et l'influence des phénomènes occultes sur leur apparition. Comme ces questions préoccupent essentiellement les milieux évangéliques et aussi des cercles catholiques, je m'efforcerai d'y répondre lorsque je traiterai plus en détails des maladies psychiques, mais je le ferai dans la perspective de tout l'enseignement biblique.

Retenir ce qui est bon

Nous venons donc de passer en revue les quatre grands courants de la psychothérapie et leur attitude face à la maladie. J'ai pleinement conscience qu'on ne peut pas en quelques pages mettre en valeur et résumer ce qui a été l'œuvre de la vie de plusieurs thérapeutes. J'espère avoir cependant pu tracer quelques lignes directrices permettant au lecteur de se faire une idée plus juste de ce qu'est la psychothérapie. J'avais surtout à cœur de montrer

- que chaque archétype proclame des vérités importantes,
- qu'une psychothérapie est fortement influencée par l'attitude personnelle du thérapeute.

Mais on constate à l'évidence que les psychothérapies qui ne tiennent plus compte des principes bibliques fondamentaux s'exposent au danger de devenir une religion de substitution. En 1946 déjà, le théologien bien connu Edouard Thurneysen écrivait: «Le responsable spirituel a besoin de la psychologie comme d'une science auxiliaire qui lui permette de mieux sonder la nature profonde de l'être humain et l'aide à partager cette connaissance. Mais il faut que cette science reconnaisse ses limites et lutte contre les présuppositions idéologiques qui sortent du cadre de ses compétences et risquent d'influencer la conception de l'homme telle que l'enseigne l'Écriture Sainte.» C'est pourquoi il était important de formuler des réserves aussi bien du point de vue du chrétien que de celui du psychiatre. Peut-être permettront-elles au lecteur de méditer, d'une manière critique, les différentes théories thérapeutiques et de se faire une idée globale plus juste de l'homme. Examinez toutes choses, retenez ce qui est bon, nous recommandons l'Écriture (1 Th 5:21). Dans cette optique, Lawrence Crabb a énuméré dans son livre *Approche biblique de la relation d'aide* les principes bibliques et leurs correspondances dans les concepts psychologiques. Un examen attentif de l'homme peut fournir des indices importants sur son comportement et indiquer les causes de ses troubles. Mais il appartient au chrétien de confronter les conclusions de la psychologie à la lumière de la Bible, d'en tirer ce qui est bon et utile, et de l'intégrer dans

une vision chrétienne globale. Le célèbre philosophe Karl Jaspers a déclaré un jour: «La psychothérapie a besoin des fondements de la foi, mais elle ne les engendre pas C'est pourquoi un thérapeute sincère doit d'une part être ouvert et bienveillant à l'égard de la foi authentique, mais d'autre part résister à l'inévitable tentation de déduire de la psychothérapie un enseignement idéologique.»

Dans le chapitre suivant, je proposerai un cinquième archétype indispensable pour la compréhension de la psychiatrie moderne. Il ne s'appuie ni sur une quelconque psychologie des profondeurs ni sur des considérations philosophiques, mais sur des recherches médicales et scientifiques. Il nous introduira dans le monde merveilleux de la création de Dieu et dans les découvertes les plus récentes sur le rôle que joue le cerveau dans la naissance des maladies psychiques. La science n'en est qu'à ses balbutiements dans son exploration du labyrinthe cérébral, mais les premières découvertes dans ce domaine ouvrent déjà de nouveaux horizons sur des troubles jusque-là inexplicables pour ceux qui s'occupaient de malades psychiques.

3 Le cerveau: une merveille

Le cerveau humain est la plus grande merveille de toute la création. Cet organe d'à peine 1500 grammes contient plus de cellules nerveuses qu'il n'y a d'hommes sur la terre: plus de 10 milliards, un nombre presque inimaginable.

Chaque cellule nerveuse est elle-même reliée aux autres par des centaines de petites ramifications. Les informations constamment échangées à l'intérieur du cerveau sont plus nombreuses que les communications téléphoniques dans une grande agglomération. Le nombre de «connexions téléphoniques» dans un seul cerveau dépasse celui des étoiles d'une galaxie. Il y en aurait plus de 1 000 000 000 000 (mille milliards)! Il n'existe au monde aucun ordinateur ni aucun central téléphonique qui soit en mesure de stocker et d'échanger autant d'informations dans un si petit volume.

Connaissez-vous votre cerveau?

La plupart des hommes parlent à la légère de leur «matière grise» sans savoir au juste à quoi elle sert. Pendant que vous lisez ces lignes, votre cerveau accomplit un nombre impressionnant de tâches très complexes. De petits mouvements musculaires vous permettent de tourner les pages du livre. Les muscles de l'œil veillent à ce que les lettres soient toujours nettes, même lorsqu'elles bougent ou que la luminosité varie. Ces lettres s'impriment sur la rétine qui les transforme en petits points. Le nerf optique les convertit en im-

pulsions nerveuses transmises au centre de la vision, où les mots s'assemblent en une nouvelle image.

Mais le cerveau ne se contente pas simplement de reconnaître visuellement les images. C'est dans le centre du langage, où la phrase est analysée à la lumière d'informations stockées préalablement, que les mots revêtent leur sens adéquat. Ce centre a une capacité phénoménale: il contient des dizaines de milliers de mots avec toutes leurs nuances. Il se passe encore autre chose: de nombreux mots et propositions éveillent en nous des sentiments positifs ou négatifs. Souvent même, ils font ressurgir des images imprimées au plus profond de nous-mêmes. Ainsi, chaque mot met en œuvre une quantité impressionnante d'informations, susceptibles d'être appelées en une fraction de seconde pour être transmises à notre être conscient.

La description d'une opération banale et quotidienne de notre cerveau nous introduit dans le monde prodigieux du traitement de l'information, de la sauvegarde et de la mise en mémoire, du rappel à l'état conscient, sans compter tous les autres mystères qui enveloppent encore le cerveau. Sir John Eccles, célèbre neurophysiologiste et prix Nobel de médecine, a déclaré: «Nous n'en sommes encore qu'au début dans la découverte du mystère de notre propre nature.» Mais ce peu que l'on connaît est déjà bien merveilleux et remplit de nombreuses bibliothèques.

Cerveau et psychiatrie

La connaissance des mécanismes du fonctionnement cérébral a ouvert de nouvelles voies à la compréhension et au traitement des maladies psychiatriques. La psychiatrie moderne a connu un essor considérable depuis l'apparition, il y a une trentaine d'années, de la pharmacopée psychiatrique. Les succès remportés semblent lui donner raison. Les remèdes ont modifié l'approche thérapeutique des maladies mentales. En Suisse, au cours des vingt dernières années, le nombre de lits occupés par des malades atteints de troubles psychiatriques a diminué d'environ 25%. En Allemagne, en 1931, 155 000 patients étaient soignés en milieu spécialisé pendant 300 jours en moyenne; en 1983, ils n'étaient plus que 85000 pour une durée d'hospitalisation moyenne de 125 jours, ce qui correspond à une diminution de plus de 70% du nombre de lits occupés par ces malades. De nombreux patients, autrefois contraints de séjourner en permanence en milieu hospitalier, peuvent aujourd'hui vivre chez eux, grâce aux nouveaux traitements disponibles.

Si nous voulons mieux comprendre les malades atteints de troubles psychiques graves, nous devons commencer par nous intéresser à cette merveille

qu'est le cerveau humain. C'est un pari difficile à tenir dans les limites de cet ouvrage qui, de plus, se veut accessible au plus grand nombre. Je serai donc souvent amené à simplifier et à utiliser des illustrations pour rendre certaines notions plus claires.

Les découvertes récentes sur le cerveau ont rendu plus floue la frontière entre maladies «organiques» et maladies «psychiques». Autrefois, principalement chez les auteurs d'ouvrages consacrés à la relation d'aide, mais aussi dans certains milieux de psychanalystes, on n'admettait comme troubles «organiques» que les blessures et la sclérose.

C'est comme si, pour rechercher la panne dans un central téléphonique, on ne s'intéressait qu'aux contacteurs coincés et aux câbles oxydés. Mais on sait très bien que l'essentiel réside dans les connexions. Or, la simple observation des composants ne permet pas toujours de dire si les branchements sont bons. Il en est de même du cerveau. On sait aujourd'hui que l'essentiel ne réside pas dans le nombre de cellules nerveuses, mais dans la manière dont elles sont connectées et échangent leurs informations.

Topographie du cerveau

Où se trouve la commande des mouvements des bras et des jambes? Où se situe le centre de la mémoire? Dans quelle partie du cerveau sont traités les sons d'un prélude joué à l'orgue et les multiples couleurs d'une prairie en été? Où sont centralisées les informations qui commandent notre parole? De quel recoin du cerveau nous viennent les sensations de faim, de soif ou de fatigue?

Les réponses à ces questions sont issues de nombreux événements tragiques. Celles-ci ont pu être déduites de l'observation clinique de personnes présentant des traumatismes crâniens consécutifs à des accidents, ou de malades atteints de tumeurs au cerveau. On a examiné dans ces cas, par exemple sur une personne blessée profondément à la tempe droite, quelles fonctions cérébrales étaient devenues défectueuses. Au fil des ans, on a ainsi pu établir une carte du cerveau. Les figures 3-1 et 3-2 en donnent un aperçu sommaire. Des ouvrages spécialisés détaillent davantage chaque partie. Mais même les représentations les plus complètes ne sont pas plus précises qu'une carte du monde sur laquelle on chercherait les rues d'une ville.

Figure 3-1: Représentation schématique du cerveau

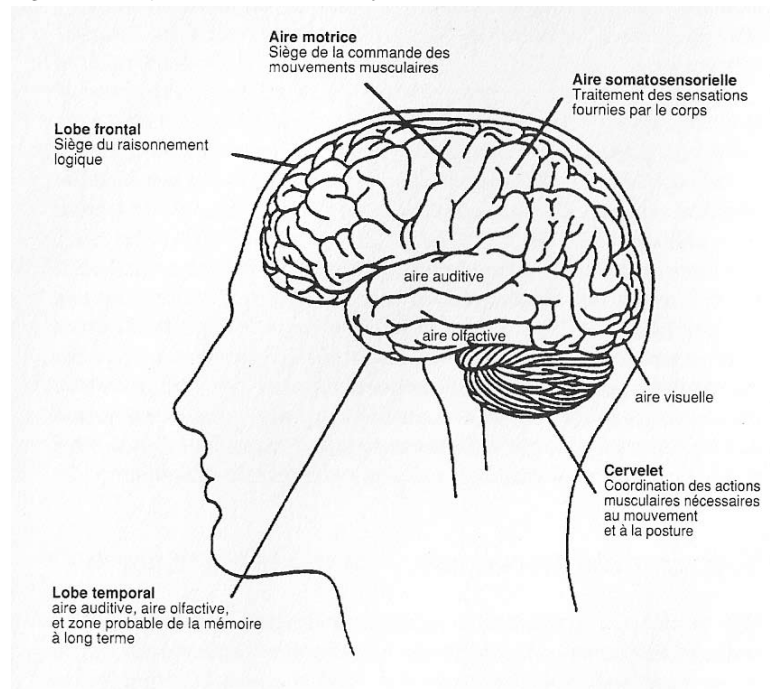
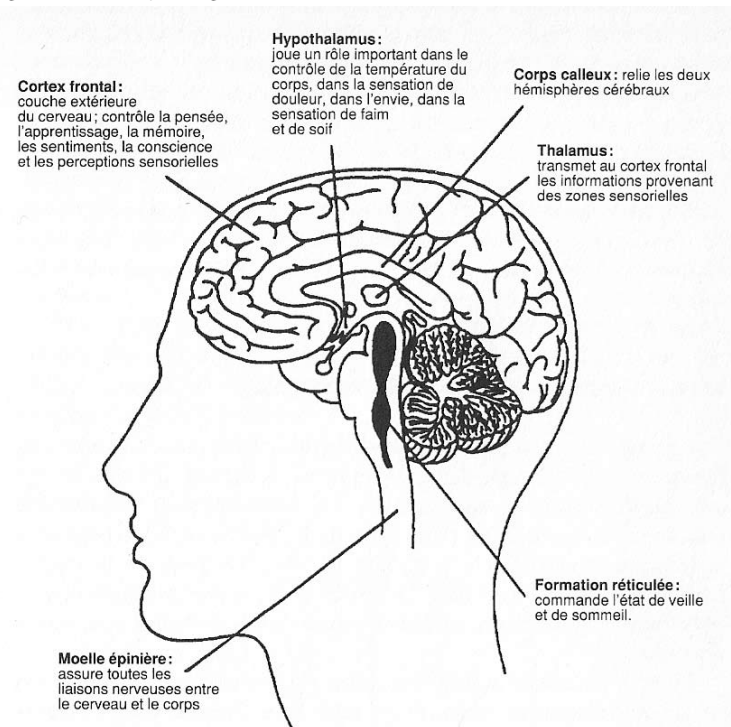


Figure 3-2: Coupe longitudinale du cerveau



A la recherche de la personnalité

Lorsque Guillaume revint pour la première fois au groupe de jeunes après son terrible accident de moto, tout le monde se réjouit avec lui. «Ce n'est pas possible! Es-tu vraiment resté quatre semaines dans le coma? Tu n'en portes aucune séquelle», lui dirent ses amis. A plusieurs reprises, il dut leur montrer la cicatrice sur son front. Mais il est bien vrai qu'à part cette balafre, Guillaume était comme avant. Il pouvait remuer tous ses membres, et s'adonnait au sport comme jadis. Pourtant, quelque chose s'était modifié. Mais au début, personne ne put dire en quoi exactement.

Le jeune homme, autrefois si entreprenant, était devenu plus calme et moins gai. Il continuait à bien faire son travail, mais il lui arrivait parfois de s'arrêter pour manger son casse-croûte. Quand on le réprimandait, il se

sentait tellement vexé qu'il fondait en larmes. Mais cinq minutes plus tard, il pouvait embrasser son chef et le noyer sous un flot de paroles. Il se comporta également ainsi dans le groupe de jeunes. Jadis, la foi revêtait pour lui une grande importance; à présent, il semblait presque indifférent. En revanche, il se montrait bien entreprenant à l'égard des filles; il manquait même de retenue. Quand on lui en faisait la remarque, il souffrait de s'être comporté de la sorte, mais peu après, il avait déjà tout oublié.

L'accident de Guillaume avait endommagé le lobe frontal qui est relié à toutes les parties du cerveau et coordonne leurs fonctions. Il semble que c'est là que se situe la zone qui commande le raisonnement, le comportement et les sentiments.

Cette découverte, au début des années trente, avait insufflé un grand espoir à de nombreux savants: celui d'avoir enfin localisé le siège de la person-

nalité, voire de l'âme. Par des opérations effectuées dans le cerveau, on crut pouvoir changer la personnalité, mais les résultats furent plutôt décevants. Aujourd'hui, on ne pratique ce genre d'interventions que dans les rares cas d'agressivité anormale ou d'épilepsie, lorsque les autres moyens thérapeutiques ont échoué.

Le monde des cellules du cerveau

Les chercheurs sont passés de l'étude des phénomènes à celle des neurones eux-mêmes. Chaque neurone constitue un monde en soi, aussi complexe que celui d'un ordinateur. Il produit en certaines de ses parties des substances biochimiques hautement spécifiques qui sont de première importance pour le fonctionnement correct du cerveau. Celles-ci stockent des informations et déterminent quelles impulsions doivent être transmises aux autres neurones.

Grâce à un réseau solidement tressé de centaines de ramifications de ses fibres, chaque neurone est relié à ses voisins. Ceux-ci transmettent les impulsions, soit en les excitant, soit en les inhibant.

En simplifiant à l'extrême, on pourrait parler de pédales de frein et de pédales d'accélérateur. Représentez-vous une voiture munie de centaines de telles pédales! Il lui faudrait un ordinateur pour déterminer si elle peut rouler, et comment la mettre en mouvement. C'est exactement ce qui se passe, un nombre impressionnant de fois par seconde, dans chaque neurone! Les signaux sont-ils surtout excitateurs? Aussitôt, le neurone délivre, par ses terminaisons, un train d'impulsions. Les ordres sont-ils plutôt inhibiteurs? Alors le neurone se calme.

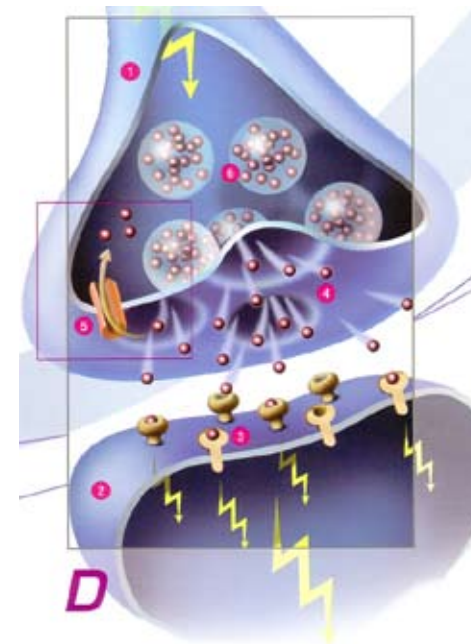
Le miracle de la synapse

Autrefois, on se représentait le cerveau comme un puissant générateur électrique. Grâce à l'électro-encéphalogramme (EEG), on pouvait localiser dans le cerveau les impulsions parasites qui provoquaient la contraction incontrôlée des muscles chez les épileptiques. On put aussi démontrer qu'une impulsion parvenait aux terminaisons neuronales sous la forme d'un courant de faible intensité. Mais comment le signal pouvait-il être transmis au neurone suivant?

Grâce au microscope électronique, on s'est aperçu que chaque fibre neuronale (ou axone) se terminait par une petite protubérance (la terminaison synaptique) séparée de la membrane du neurone suivant par un intervalle minuscule. Cette zone de contact, ou synapse, est le lieu de passage de l'information nerveuse.

Ce minuscule bouton terminal est d'une conception si prodigieuse que la synapse est devenue l'objet principal des recherches dans l'exploration du cerveau. La figure 3-3 est une représentation schématique de la synapse.

Figure 3-3 : La synapse



Les vésicules contiennent en permanence des substances biochimiques. L'arrivée d'un influx nerveux entraîne l'éjection, dans l'intervalle synaptique, de l'acétylcholine contenue dans les vésicules. Cette substance agit comme une hormone. Ce sont donc les substances contenues dans les vésicules qui sont les véritables transmetteurs ou porteurs de signaux. C'est pourquoi on les appelle neurotransmetteurs. Ceux-ci sont capables de transmettre au neurone suivant des informations très spécifiques. Ils agissent comme une clé qui ne s'adapte que sur une serrure donnée. Cela suppose que la membrane du neurone voisin comporte une telle «serrure» ou récepteur. La liaison entre neurotransmetteur et récepteur peut être modulée par toute une gamme d'autres substances (neuromodulateurs, enzymes). Les savants n'ont réussi à ce jour qu'à déterminer très imparfaitement les mécanismes moléculaires au niveau de la synapse, mais cela leur a néanmoins permis de faire des découvertes très spectaculaires.

Le valium neuromédiateur artificiel

On sait depuis longtemps que les hommes ne présentent pas tous la même sensibilité à la douleur. Un ami m'a fait part d'une expérience qui lui était survenue au cours de l'escalade d'une façade rocheuse. Il se trouvait sur une paroi très raide lorsqu'un orage éclata. Il fallait qu'il se dépêche. Alors, de toutes ses forces, il enfonça les pitons dans le granit pour parvenir au sommet. Une fois en haut, il ressentit une douleur particulière dans son pouce. A sa grande surprise, il s'aperçut que celui-ci était tout bleu, meurtri et ensanglanté. Pourtant, durant toute la durée de l'escalade il n'avait rien senti. Comment était-ce possible?

L'explication nous est fournie par les neurotransmetteurs. On sait aujourd'hui qu'il existe dans le cerveau des substances telles que les morphines endogènes ou les «encéphalines» qui atténuent la douleur. Certaines encéphalines ont un effet tranquillisant, d'autres déclenchent des peurs. Une équipe de chercheurs de Bâle a réussi à montrer qu'il existe dans le cerveau des récepteurs sur lesquels se fixe le Valium, ce tranquillisant de synthèse mondialement connu. On peut en déduire que le cerveau contient des substances endogènes qui, comme le Valium, exercent un effet tranquillisant. En outre, il se peut aussi que le Valium empêche l'action de substances qui favorisent l'inquiétude.

Une chose est certaine: des substances biochimiques jouent un rôle très important dans nos états d'âme, en induisant par des mécanismes complexes soit un sentiment de peur terrible soit au contraire une détente complète, une inquiétude malade ou au contraire un calme à toute épreuve.

Mais le fait de prendre des tranquillisants sans contrôle médical peut constituer un raccourci dangereux vers la découverte de la paix intérieure. Certes, l'homme connaîtra le calme, mais il n'apprendra plus à grandir au contact des vicissitudes de la vie. Il ne faut cependant pas non plus oublier que les chrétiens eux-mêmes peuvent traverser des crises au cours desquelles leur système nerveux est dans un tel émoi que le «furioso» produit par les substances anxiogènes écrase complètement le «pianissimo» des neurotransmetteurs anxiolytiques. Il s'ensuit que le patient est nerveux, anxieux, tendu et qu'il ne trouve plus le sommeil. Les cris de détresse adressés à Dieu dans la prière n'adoucissent pas nécessairement cette douleur qui le torture intérieurement, et ne lui redonnent pas le repos auquel il aspire tant.

De tels cas justifient pleinement l'emploi contrôlé de remèdes antidépresseurs dans le cadre d'une psychiatrie appliquée dans un esprit chrétien. Le

traitement peut même aplanir la voie du rétablissement pour que le malade, ayant retrouvé son calme, puisse à nouveau prêter une oreille attentive à Dieu. Parallèlement au traitement mis en œuvre, il faut éventuellement rendre le patient attentif à sa propre responsabilité dans le stress qui l'assaille, peut-être à cause d'un rythme de vie malsain.

Le système neuro-végétatif

Les sentiments ne se déterminent pas seulement dans la tête. De même que la peur n'est pas simplement une pensée, la dépression n'est pas uniquement un regard sur les êtres et sur les choses, filtré par des lunettes noires. Le corps a souvent un langage qui en dit plus que les mots prononcés. Cette observation est vieille comme le monde, mais elle prend aujourd'hui un relief nouveau grâce à la psychosomatique qui s'est penchée scientifiquement sur elle.

Notre langue est riche en images qui tissent un lien entre l'âme et le corps:

- On se casse la tête sur un problème quand quelque chose reste sur l'estomac;
- Le cœur est lourd et la tristesse serre la gorge;
- La peur noue les entrailles et rend les mains moites.

De tels dictons ne sont pas de simples descriptions imagées des sentiments qu'on éprouve. Ils expriment quelque chose du lien qui existe entre le cerveau et le corps. Au cours des décennies passées, l'exploration du cerveau a permis de soulever quelque peu le voile sur certains phénomènes psychosomatiques. Chacun sait que l'homme dispose de deux systèmes nerveux:

- le système nerveux volontaire ou somatique, celui qui commande les mouvements musculaires;
- le système nerveux végétatif (neuro-végétatif) ou autonome qui innerve les glandes et les viscères.

Les ramifications extrêmement fines du système nerveux aboutissent à tous nos organes et accompagnent le plus petit de nos vaisseaux sanguins. Le système nerveux est alimenté par différentes hormones. On connaît aujourd'hui des centaines de substances capables par exemple de réguler la fonction digestive. Une hormone récemment découverte peut, même en très petite quantité, agir très fortement sur l'appétit; elle joue certainement un rôle important dans l'anorexie. D'autres substances sont capables de modifier la température du corps, les fonctions respiratoires ou cardiaques.

Toutes ces substances sont produites dans les régions du cerveau qui jou-

ent un rôle dans les sensations, c'est-à-dire le thalamus et l'hypothalamus. On sait aujourd'hui qu'elles sont très liées aux encéphaliques. On ne s'étonne donc plus si des causes psychiques servent souvent de signaux d'alarme pour le système neuro-végétatif: palpitations, troubles respiratoires, bouffées de chaleur, sensations de froid, constipation ou perte d'appétit. Le stress met tout le système neuro-végétatif en émoi. Les signaux d'alarme émis par les organes amplifient la peur et la dépression en une spirale psychosomatique, et amènent souvent les patients pour la première fois chez un médecin qui parlera alors de dystonie neuro-végétative.

Le cerveau : un ordinateur?

Nous nous sommes donc quelque peu familiarisés avec quelques-uns des secrets du cerveau: les neurones, les synapses, les neurotransmetteurs, le système neuro-végétatif. Mais qu'est-ce qui fait donc de cet ensemble de cellules et de substances biochimiques un cerveau humain? Penser, sentir et agir nécessitent le fonctionnement coordonné de millions de neurones.

Je le concède d'emblée: nous ne savons pas encore, de manière détaillée, comment fonctionne le cerveau. L'extrême fragilité du tissu nerveux rend impossible toute intervention expérimentale, ce qui limite par là même l'extension de nos connaissances. Nous avons cependant une représentation d'ensemble suffisamment précise des principaux phénomènes qui se produisent dans le cerveau pour mieux saisir l'origine des troubles graves dans le cas de maladies psychiques.

Pour illustrer ce propos, je vais comparer le cerveau à un ordinateur. Rassurez-vous, je ne veux pas réduire l'esprit humain à une simple machine. Ce serait stupide et présomptueux. Les plus récentes découvertes dans l'exploration du cerveau montrent toutefois que par de nombreux côtés, le cerveau s'apparente à un ordinateur. Comme l'ordinateur, le cerveau pratique les opérations suivantes:

- saisie des informations (par les organes sensoriels)
- leur transfert
- leur interprétation («L'objet qui scintille par terre est-il un tesson de bouteille ou une pièce de monnaie?»)
- leur stockage (mémoire)
- leur rappel (par exemple, le savoir emmagasiné en vue d'un examen)
- leur exploitation (par exemple, le fait de tricoter un pull-over d'après un modèle)

L'assimilation du cerveau à un ordinateur permet de mieux comprendre certains dysfonctionnements, comme la schizophrénie (voir les chapitres 9 à 11). Certaines maladies perdent par là même ce caractère mystérieux et souvent démoniaque qui les accompagnait, pour faire place à une conception plus objective et plus humaine, sans laquelle il n'est guère possible de venir réellement en aide au malade.

Cette façon de comparer le cerveau à un ordinateur ne doit pas minimiser les préoccupations d'une relation d'aide chrétienne. Dieu a fait de notre cerveau une merveille bien plus grande et bien plus complexe que ne le sera jamais un ordinateur. Si la manière dont le cerveau traite l'information s'apparente au programme d'un ordinateur, qui lui aussi peut être perturbé, la nature des informations qui déterminent la pensée et l'action dépend de l'histoire antérieure de l'homme et de son comportement.

Esprit ou cerveau?

Quelle importance le cerveau revêt-il dans la conception chrétienne de l'homme? Les découvertes actuelles tendent-elles à éliminer l'âme? Comment concilier les succès de la psychiatrie biologique avec les préoccupations spirituelles? Quel est le rôle de l'esprit et de l'âme, si le cerveau représente pour l'homme le lieu où parviennent toutes les informations et d'où partent tous les ordres?

Beaucoup ne sont plus très loin de considérer l'homme comme un être purement organique commandé par un ordinateur extrêmement complexe, le cerveau. Grâce aux progrès faits dans l'exploration du cerveau, il sera bientôt possible, pensent-ils, de mieux comprendre le comportement humain et donc de traiter plus efficacement ses dysfonctionnements éventuels.

Mais le savant sérieux est conscient, lui, du caractère éphémère et incomplet de son savoir. Ce que Paul disait il y a bientôt deux mille ans, «nous connaissons en partie seulement», est encore d'actualité. Les résultats de la recherche scientifique sur le cerveau nous ont appris bien des choses sur la merveilleuse construction et sur le fonctionnement complexe de cet organe, mais il serait prématuré d'en tirer des conclusions sur la nature de l'homme.

Pour moi, il n'existe pas de contradiction entre les découvertes en neurobiologie et les déclarations bibliques sur la nature de l'homme. Esprit ou cerveau? Il est aussi difficile de répondre à cette question que de savoir ce qui donne son charme à une symphonie. Est-ce la manière dont les instruments sont conçus ou les notes sur les partitions musicales? L'encre d'imprimerie

sur les partitions ou les ondes sonores? Les deux sont indispensables pour produire les sons harmonieux d'un concert.

Il en est de même de l'esprit humain. Il a certes besoin de l'instrument qu'est le cerveau pour entrer en contact avec le monde ambiant. Pourtant, seul l'esprit est éternel, indépendant du support matériel. La personnalité peut se comparer à une symphonie. Mais la question qui se pose est alors la suivante: Qui écrit la partition de la vie? A qui l'homme confie-t-il le soin de jouer sur les cordes de son instrument?

Cependant la beauté d'une symphonie ne dépend pas uniquement de la virtuosité des musiciens; elle est aussi liée à la qualité des instruments. Les instruments sont fragiles, ils peuvent se désaccorder et se fausser, voire se briser. De plus, ils ne sont pas toujours réparables.

Telles sont aussi les limites imposées à la symphonie de notre vie. On comprend ainsi le sens que prend l'image de l'homme. Des instruments abîmés ou désaccordés sont sans aucun intérêt pour l'orchestre; ils lui sont plutôt préjudiciables. Le matérialiste estime qu'avec la cessation de l'activité cérébrale tout est fini, et une société d'hommes forts met de côté les faibles, quand elle ne les élimine pas tout simplement! Mais pour Dieu, même une harpe avec une table d'harmonie fendue et des cordes brisées a une valeur éternelle.

4 Comment se produisent les troubles psychiques?

Comment surgissent les désordres psychiques? Existe-t-il une vue d'ensemble, un schéma complet expliquant l'apparition des troubles psychiques? Peut-on donner de l'homme des représentations qui permettent de mieux comprendre ses dysfonctionnements tout en préservant les réalités objectives de la vie? Trouve-t-on dans la Bible une image de l'homme qui ne se contente pas de révéler les mauvais comportements, mais qui puisse aussi servir à mieux comprendre les troubles profonds?

Ces questions n'ont cessé de me préoccuper ces dernières années. Les schémas psychothérapeutiques expliquent bien comment se produisent les troubles légers, mais en général on ne peut pas les appliquer aux cas de maladies psychiques graves. Quant à la psychiatrie biologique, elle est le plus souvent incapable de répondre aux questions de l'homme et de prendre en compte ses détresses.

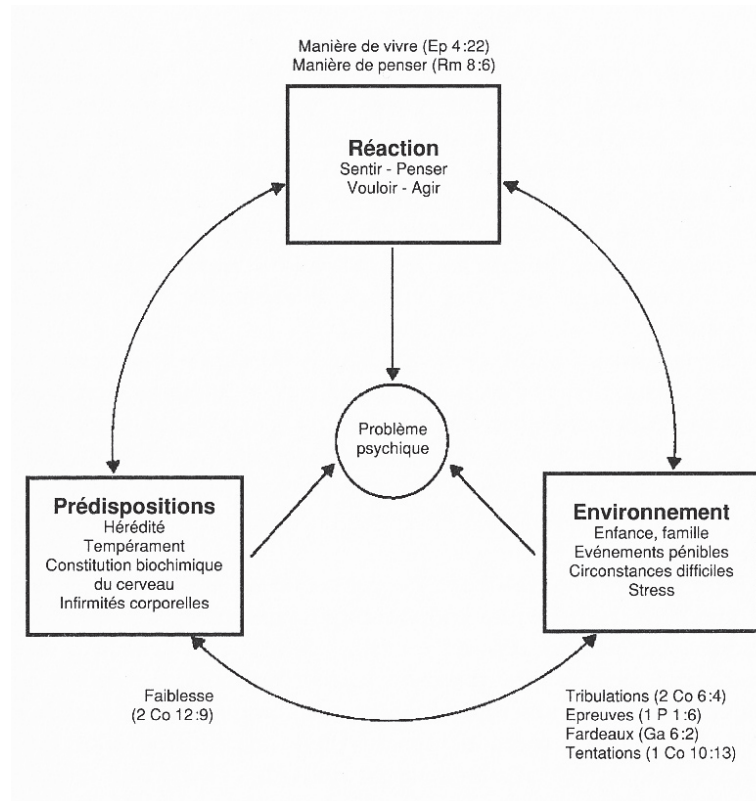
Dans les pages qui suivent, je proposerai un schéma simple qui permettra de comprendre comment apparaissent les troubles psychiques. Ce schéma répond à deux critères: être juste à la fois scientifiquement et bibliquement. Je cherche moins à exposer de nouvelles découvertes qu'à résumer, sous une forme accessible à tous, les connaissances actuelles. Bien des choses sont déjà connues du lecteur, d'autres seront nouvelles; mais que cela ne l'empêche pas de suivre le fil de ma pensée.

Le schéma de la page 52 présente trois grandes réalités qui favorisent la naissance de désordres psychiques. Autrefois, on insistait sur l'un ou l'autre de ces facteurs comme cause des troubles psychiques. Aujourd'hui, on admet de plus en plus que tous ces facteurs sont liés entre eux et s'influencent mutu-

ellement. J'ai choisi de les situer sur deux niveaux:

1. Celui de la terminologie courante, telle qu'on la rencontre dans le langage habituel et dans notre culture, à savoir: les «prédispositions», l'«environnement» et les «réactions»;
2. Celui de la terminologie biblique qui correspond à ces trois domaines: la «faiblesse», les «afflictions, épreuves et fardeaux» et la «manière de vivre et de penser».

Figure 4-1: Les constituants du schéma



Dans les pages suivantes, nous préciserons la signification de ces facteurs, du point de vue médical et du point de vue biblique. A partir de ce schéma va se constituer progressivement une mosaïque qui permettra de mieux comprendre le mécanisme de l'apparition et du développement des troubles psychiques. Cet archétype de base, très simplifié, n'explique pas seulement les troubles profonds qui mettent principalement en jeu les prédispositions et le cerveau, il montre aussi pourquoi des crises légères, évoquées en passant dans ce livre, peuvent survenir.

Par la force des choses, l'accent sera mis sur les causes négatives des troubles, celles qui rendent indispensable un traitement psychiatrique. Les responsables de la relation d'aide et les psychiatres ne doivent cependant pas oublier que chaque homme possède en lui-même des ressources, c'est-à-dire des moyens de mieux surmonter ses difficultés.

En psychiatrie, comme dans la relation d'aide, on se posait généralement la question de façon suivante: «Comment se fait-il qu'un homme soit perturbé, et comment peut-il guérir?» (raisonnement qui cherche à saisir la cause). Je préfère formuler la question différemment: «Comment faire pour qu'un homme puisse faire face à la vie, malgré sa faiblesse et ses fardeaux?» (raisonnement qui vise la réhabilitation).

Même les gens atteints de maladies mentales graves ont encore des parties saines qu'il faut découvrir et mettre en valeur, dans la mesure où cela est possible. Je m'efforcerai de donner toujours des indications sur les ressources disponibles que les responsables spirituels pourront utiliser dans leurs contacts avec des patients souffrant psychologiquement. Il faut auparavant procéder à un inventaire détaillé des facteurs qui provoquent des difficultés d'ordre psychique.

1. PREDISPOSITIONS: Le tissu dont nous sommes faits

«Je n'arrive pas à comprendre pourquoi je me sens si lasse, gémit Madame Dubois. Enfant déjà, j'aimais jouer toute seule. C'est avec mes poupées que je passais les meilleurs moments. J'avais des parents charmants. Mais je n'étais pas de santé aussi robuste que mes frères et sœurs. A l'école, j'avais beaucoup de peine en éducation physique, car j'ai la main gauche paralysée de naissance. Au moment de la puberté, j'éprouvais souvent de la tristesse, et ne parvenais à m'endormir qu'après minuit, sans qu'une raison quelconque ne puisse expliquer cette insomnie. Ma mère était, elle aussi, une femme très sensible. Lorsque, enfants, nous la poussions à bout, elle se mettait facilement à pleurer.

Que de fois j'ai souhaité être aussi efficace que les autres femmes! Mais si je n'ai pas dormi suffisamment, je me mets à trembler intérieurement. Mon estomac se noue, et j'ai beaucoup de mal à avaler quoi que ce soit. Et depuis cette malencontreuse chute en mobylette, je souffre de migraines terribles. J'ai essayé différents fortifiants, sans effets notables. Je parviens tout juste à faire mon travail normal, et suis incapable de faire davantage.»

Madame Dubois a consulté un psychiatre lors d'une dépression après la naissance de son deuxième enfant. Que peut-on tirer des quelques phrases qu'elle a prononcées? Quelles indications a-t-elle fournies sur l'origine de sa dépression?

Revenons un instant sur l'archétype de la page 52. Le point crucial de l'historique de la maladie de Madame Dubois réside moins dans ses réactions (ses pensées et ses agissements) que dans ses prédispositions et dans son environnement, car la naissance d'un enfant s'accompagne de changements qu'il n'est pas toujours facile de supporter.

Considérons les prédispositions de la malade; on peut les regrouper en quatre secteurs:

- a) l'hérédité
- b) la malformation congénitale
- c) les infirmités corporelles et les réactions neuro-végétatives
- d) le tempérament

De nombreuses fragilités corporelles et psychiques sont tout simplement héritées. On constate très souvent que les ascendants présentaient les mêmes symptômes que le malade lui-même. Les maladies psychiques les plus importantes, telles que la schizophrénie et la dépression endogène, se retrouvent généralement (quoique pas toujours) chez les antécédents ou chez les collatéraux d'une personne atteinte de ce mal. Cela a été prouvé maintes fois par des études comparatives sur des jumeaux et sur des enfants adoptés. Dans certaines maladies du cerveau, comme la maladie d'Alzheimer, on a même trouvé l'endroit exact du patrimoine héréditaire qui pourrait être impliqué dans la détérioration des cellules cérébrales.

Madame Dubois a fourni deux précisions supplémentaires sur ses antécédents: sa mère, qui supportait peu, était encline à la mélancolie, et un oncle dut, à plusieurs reprises, être traité en milieu psychiatrique pour dépression. Ces renseignements donnent à penser qu'en raison de son hérédité, la patiente était menacée par la dépression.

Il n'y a pas que l'hérédité qui conditionne le fonctionnement du cerveau. Des traumatismes congénitaux entraînent souvent des handicaps physiques et mentaux. Un manque d'oxygène à la naissance peut provoquer des lésions cérébrales chez le nouveau-né. Celui-ci connaîtra des difficultés d'ordre scolaire et adoptera souvent un comportement étrange qui le suivront jusque dans l'âge adulte, même si ces handicaps sont remarquablement bien traités.

Madame Dubois ne souffrait pas d'un traumatisme aussi grave: son intelligence était normale. Seule sa main paralysée lui occasionnait une gêne certaine lors des séances d'éducation physique ou de travaux pratiques. Son penchant dépressif l'amenait à réagir en se coupant des autres. Elle s'est donc retrouvée progressivement mise sur la touche.

Puis, à l'âge de seize ans, ce fut ce stupide accident de mobylette. Commotion cérébrale. Maux de tête lancinants. Des semaines d'immobilisation au lit. Depuis lors, elle est sensible aux changements de temps. Elle doit souvent s'allonger et n'est plus en mesure d'accomplir toutes ses tâches. Ses migraines mettent tout son corps en émoi: elle se sent mal, elle transpire, son cœur se met à battre la chamade, des vagues de chaleur successives la submergent. Tous ces symptômes sont provoqués par le système neuro-végétatif qui s'étend comme un filet aux mailles serrées sur tous les organes internes. Des troubles psychiques agissent souvent comme signaux d'alarme sur le système neuro-végétatif qui voit ainsi son fonctionnement normal perturbé. Certaines personnes sont plus sensibles que d'autres à leurs prédispositions; elles souffrent beaucoup plus de leurs handicaps physiques. Pour le médecin, elles sont atteintes de «dystonie végétative».

Notre tempérament: Inné ou acquis?

Depuis la plus haute antiquité, les savants se sont efforcés de mieux comprendre le comportement humain. Ils ont classé les hommes en fonction de leur tempérament. La classification la plus célèbre est celle du médecin grec Hippocrate, le «père de la médecine». Son observation minutieuse l'a conduit à ranger les hommes selon quatre tempéraments principaux: sanguin, colérique, mélancolique et lymphatique. Depuis, on sait qu'il existe d'autres archétypes pour décrire le tempérament de l'homme.

Chaque personnalité a ses points forts et ses faiblesses. On ne rencontre jamais de tempérament qui soit «pur» au sens chimique, c'est-à-dire sans mélange. Souvent, l'homme réunit dans un faisceau unique les caractéristiques provenant de plusieurs origines. Mais ce qui est important à savoir,

c'est qu'aucun tempérament n'est en soi plus mauvais qu'un autre.

D'où vient la personnalité? Est-elle innée ou bien le résultat de l'éducation? Fait-elle partie des prédispositions ou est-elle le produit de l'environnement? L'intelligence a fait l'objet de recherches nombreuses et approfondies. Mais jusqu'à ce jour, les psychologues n'ont pas réussi à se mettre d'accord sur cette question. Plusieurs raisons semblent indiquer que l'intelligence est un don que l'éducation peut favoriser, mais que l'homme ne peut ni développer ni atténuer à son gré.

Il n'en est pas de même des caractéristiques de la personnalité. De nombreuses observations donnent à penser que dans ses grandes lignes, la personnalité est déjà définie à la naissance. Des enfants vifs et de contact facile seront généralement des êtres extravertis plus tard. En revanche, des enfants calmes et repliés sur eux-mêmes auront tendance à devenir des adultes introvertis. Très souvent, les enfants reflètent le caractère de leurs parents ou de leurs grands-parents. Mais les données récentes prouvent que dans ce domaine cette disposition, davantage que l'intelligence, porte l'empreinte du milieu environnant. Un enfant peut encore se développer considérablement et changer sensiblement. Il n'est pas rare de voir un garçonnet craintif devenir un homme intrépide, ou une fillette calme et réservée se transformer en femme nerveuse et anxieuse. Les raisons de ces changements ne sont pas encore bien connues.

Revenons à l'exemple de Madame Dubois. Enfant déjà, elle manifestait un penchant évident pour l'introversion: elle pouvait passer des heures à jouer seule avec ses poupées tandis que ses frères et sœurs gambadaient dehors en compagnie d'autres enfants. Malgré la chaleur affective du foyer parental et une bonne intelligence, Madame Dubois a acquis une personnalité sensible, encline à la mélancolie, traits caractéristiques que l'on observe déjà dans son patrimoine génétique.

Ma puissance s'accomplit dans la faiblesse

Existe-t-il dans la Bible des termes qui soient l'équivalent de «patrimoine génétique» ou «prédispositions» qu'emploient les psychologues et les psychiatres? Oui et non. Il est certain que les auteurs bibliques ne connaissaient pas les termes en usage dans la science moderne. Il n'était pas question de génétique, de cerveau et de tempérament ou d'humeur. Pourtant ces auteurs parlent constamment d'hommes qui, sans culpabilité personnelle particulière, étaient faibles et vulnérables, soit de naissance, soit en raison d'événements survenus dans leur vie. De Pierre-l'impétueux à Thomas-le-sceptique, la Bible

nous présente des hommes aux caractères les plus divers. On y apprend que Timothée souffrait de maux d'estomac et que Paul était parfois saisi de douleurs si lancinantes qu'il en arrivait presque à douter.

Les chrétiens des églises citées dans le Nouveau Testament n'étaient pas tous des «héros de la foi». Beaucoup luttèrent non seulement contre leur nature pécheresse, mais aussi contre leur incapacité psychique et spirituelle à atteindre le niveau des «forts» dans l'église. C'est pourquoi Paul exhorte les chrétiens de Thessalonique à «consoler ceux qui sont abattus, à supporter les faibles et à user de patience envers tous» (1 Th 5:14). L'apôtre savait de quoi il parlait. Il avait fait l'expérience de la faiblesse lui aussi. A trois reprises, il avait supplié Dieu de lui ôter l'écharde dans la chair, sans doute une source de souffrances atroces, le «soufflet d'un ange de Satan», mais sa prière n'a pas été exaucée. Le Seigneur s'est contenté d'assurer l'apôtre de sa présence malgré son infirmité corporelle: «Ma grâce te suffit, car ma puissance s'accomplit dans la faiblesse.» Paul a alors pu s'écrier: «Je me glorifierai donc bien plus volontiers de mes faiblesses, afin que la puissance de Christ repose sur moi. C'est pourquoi je me plais dans les faiblesses... en effet, quand je suis faible, c'est alors que je suis fort.» (2 Co 12:9-10)

2. L'ENVIRONNEMENT: LE FARDEAU DE LA VIE

L'environnement est le deuxième facteur déterminant qui conditionne la vie et contribue à l'apparition de troubles psychiques. Tout homme a vécu ou vit des expériences accablantes, sous forme de blessures reçues dans son enfance ou son adolescence, sous forme de déceptions ou d'affronts subis plus tard. A cela s'ajoutent les imprévisibles «coups du sort» et les tentations, choses qui peuvent orienter le cours de la vie dans une tout autre direction. Il n'est pas rare de rencontrer des personnes qui supportent, leur vie durant, un fardeau qu'on leur a mis un jour sur les épaules. Le mot stress englobe aujourd'hui toutes ces charges

pesantes. La connaissance de la vie passée du consultant permet souvent au psychiatre et au responsable spirituel de mieux comprendre ses détresses morales et mentales. Je propose de les classer dans l'une des catégories suivantes:

- a) la situation familiale
- b) les événements survenus dans l'enfance
- c) les limites de charge qu'il faut s'imposer

- d) les tentations
- e) les événements imprévus
- f) les relations actuellement tendues

Empreinte reçue dans l'enfance

C'est la famille qui exerce l'influence la plus déterminante sur l'enfant. Beaucoup de choses dépendront des expériences accumulées au cours des toutes premières années. L'enfant baigne-t-il dans un climat de sécurité et d'amour? Est-il entouré de tendres soins et de chaleur? L'éducation qu'il reçoit lui communique-t-elle le sentiment de sécurité par les limites qui lui sont imposées? Apprend-il avec le temps à mettre ses propres besoins au second plan pour s'intéresser aux autres? Ou bien vit-il dans un contexte de querelles, de violence physique ou même de violences sexuelles? Ne lui apprend-on pas les règles qui président à toute vie communautaire? Est-il trop gâté et trop dorloté?

L'avenir est-il réellement conditionné par les événements vécus dans l'enfance? De nombreux psychologues d'autrefois auraient pu répondre par l'affirmative. Mais des études plus récentes contredisent cette thèse. Dans un livre remarquable, Hansjörg Hemminger, psychologue de Stuttgart, pose la question provocante: «L'enfance: un coup de dé?» Il s'appuie sur de nombreux exemples pour montrer que les événements vécus ou subis dans la prime enfance ne conditionnent pas à eux seuls l'orientation de la vie subséquente.

«Un enfant, écrit-il, qui a grandi dans une famille à problèmes entre dans le stade de l'indépendance avec un capital de bonnes habitudes, de tournure d'esprit et de réactions affectives moindre qu'un autre... Des observations de longue durée nous ont montré que des enfants avaient réussi à surmonter le handicap d'un destin défavorable grâce auquel d'ailleurs ils avaient mieux mûri; en revanche, d'autres, trop couvés durant leur enfance, n'avaient pas su assumer leur indépendance à leur entrée dans l'âge adulte. On a constaté aussi que des personnes avaient bien su préserver le capital de leur enfance heureuse, et que d'autres ne sont jamais parvenues à résoudre les problèmes dans lesquels elles étaient plongées depuis leur plus jeune âge.»

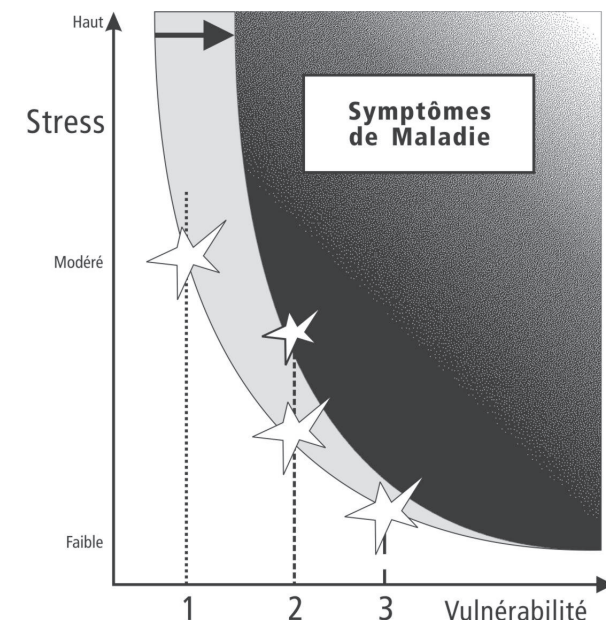
«Il insiste beaucoup pour que l'homme vive dans le présent: Seuls les actes présents, les décisions présentes et les réflexions présentes ont une réalité. Le regard qu'on jette sur le passé aimé ou haï, celui qu'on lance dans l'avenir espéré ou craint, n'est qu'illusion s'il assombrit le présent et sort du champ visuel actuel.»

Le stress

Mais la réalité présente est elle-même parfois pesante, si pesante que l'homme ne voit plus d'issue. Dans l'exercice de ma profession, je rencontre continuellement des hommes et des femmes qui sont parvenus à la limite extrême de leurs forces à la suite de circonstances extérieures, et chez qui apparaissent des troubles psychiques, de la dépression à la psychose. Je pense à ce pasteur qui assista, impuissant, à la noyade d'une jeune fille, lors d'un camp de jeunes en Sardaigne. Je pense encore à cette maman dont le fils fut hospitalisé pendant près d'un an. Ses visites quotidiennes épuisèrent ses forces. L'incertitude constante dans laquelle elle vécut lui ôta le sommeil et la plongea dans une psychose passagère qui rendit nécessaire son hospitalisation dans un établissement psychiatrique.

Le stress est l'une des causes actuelles les plus importantes des maladies. Chez des gens qui ont hérité d'une fragilité génétique et qui ont peu de ressources pour réagir contre l'invasion des soucis, le stress peut engendrer

Figure 4-2: Stress et vulnérabilité



de graves crises psychiques. La psychiatrie moderne parle beaucoup de vulnérabilité. Ce mot désigne la sensibilité avec laquelle un homme accablé réagit à des agressions psychiques (la dépression, par exemple), physiques (telles que des brûlures d'estomac), ou comportementales (notamment des ruptures de relations et des explosions de colère). Le lien entre le stress et la vulnérabilité, ou, pour employer le langage biblique, entre les tribulations et la faiblesse, est représenté par la courbe suivante.

Comme le montre cette courbe, plus l'homme est accablé, plus il se rapproche de la zone des troubles psychiques. L'endroit où cette zone est atteinte dépend de la sensibilité innée de chacun. Celui qui a des nerfs d'acier (verticale 1) supportera sans dommages que sa voiture soit bonne pour la ferraille, qu'il soit réprimandé à son travail, et que son chien ait disparu. Il ne fera pas une maladie de tout cela. Mais pour celui qui est plus sensible des nerfs (verticale 2), il suffira de contrariétés mineures pour lui ôter le sommeil, faire naître des craintes et provoquer des blessures psychosomatiques. Ce diagramme ne doit pas être considéré comme la représentation universelle de la vulnérabilité de l'homme. Chaque être, en effet, a non seulement sa propre sensibilité, mais aussi des ressources particulières pour réagir efficacement contre le stress.

Des gens qui ont un psychisme sain peuvent apprendre à faire face à des situations d'accablement en adoptant une attitude appropriée; dans ce cas, l'épreuve leur permet même de se fortifier et de grandir. Mais dans mon travail de médecin, j'ai rencontré de nombreuses personnes qui, malgré toute leur volonté, ne parvenaient pas à réagir positivement à l'épreuve, ni par la prière ni par une attitude adéquate. Ces gens doivent aussi apprendre à désamorcer le stress inutile et éviter ainsi de côtoyer de trop près la zone dangereuse des troubles psychiques.

Patient dans l'affliction

La Bible connaît fort bien les différentes épreuves qui surviennent à l'homme. Elle parle de tribulations (2 Co 6:4), de fardeaux (Ga 6:2), d'épreuves (1 Pi 1:6) et de tentations (1 Co 10:13). Les Psaumes rapportent des prières émouvantes d'hommes placés dans des situations sans issue. Paul lui-même écrit ces paroles remarquables: «... traqués et opprimés de tous côtés et cependant jamais subjugués par la peur; fréquemment désespérés, jamais découragés; souvent nous sommes perplexes et ne savons plus quel chemin prendre, mais nous n'abandonnons pas. Nous connaissons l'angoisse et

le dénuement, mais non le désespoir. On nous persécute, mais nous ne nous sentons pas délaissés; nous sommes jetés à terre, mais nous nous relevons et poursuivons notre route.» (2 Co 4:8-9, Parole Vivante, transcription du Nouveau Testament d'A. Kuen)

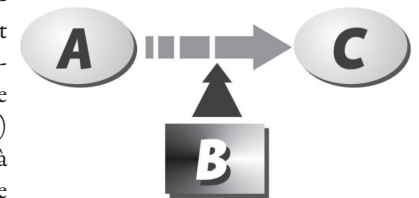
Ces textes décrivent la situation comme le fait la psychothérapie: le mal est appelé par son nom, et les sentiments s'extériorisent sans retenue. Mais contrairement à la psychothérapie centrée sur l'homme et sur la vie présente, la relation d'aide biblique ne cherche ni à remuer la fange ni à analyser les blessures du passé. Dans sa démarche, elle fait luire l'espoir dans des situations sans issue. L'expression: «Mais Dieu...», que l'on rencontre si fréquemment dans l'Écriture, constitue un appui ferme au plus fort de l'épreuve et du stress.

3. REACTION: LA FORCE DES PENSÉES

L'attitude intérieure face à sa propre faiblesse d'une part et aux circonstances hostiles d'autre part est le troisième facteur qui favorise l'apparition de troubles psychiques chez un individu. Dans la figure de la page 52, il est englobé dans le terme de réaction. Le patrimoine génétique et le milieu ambiant ne font pas de l'homme une victime sans défense des circonstances de la vie. C'est plutôt l'art et la manière avec lesquels un individu apprend à réagir au stress qui déterminent son développement. Sa façon de penser, de vouloir et d'agir joue un rôle déterminant sur l'impact que peut avoir un événement sur son psychisme.

La manière dont l'homme conçoit un événement, et par conséquent l'évalue, détermine sa réaction. Longtemps la psychologie s'appuyait sur le schéma simple suivant:

Un événement (A) déclenche un sentiment (C). Par exemple, un homme devient dépressif (C) à la suite de reproches de son supérieur (A). Mais entre (A) et (C) s'intercale une autre fonction, celle de l'évaluation (B) qui détermine la valeur que l'on attache à l'événement. Ainsi, à la fin d'une journée l'un dira en riant: «Aujourd'hui, le patron n'était pas à prendre avec des pincettes! Ça passera, ça ira mieux demain!» Un autre, en revanche, ruminera les reproches qui lui ont été adressés, et craindra de perdre son emploi. Les deux hommes ont vécu la même expérience, mais chacun lui confère une autre importance.



Nos »dogmes«

Depuis la nuit des temps, on sait que la façon de percevoir les choses agit sur le psychisme. Dans l'antiquité déjà, le philosophe stoïcien Epictète écrivait: «Les hommes sont agités, non par les événements, mais par leur perception des événements.»

Qu'est-ce qui conditionne notre perception des choses? Tout homme se forge au cours de sa vie des idées (des «dogmes») sur les moyens d'être heureux et de bien conduire sa vie. Chacun aspire à être aimé et reconnu et fait tous les efforts nécessaires pour satisfaire cette aspiration.

Mais le chemin de la satisfaction est parsemé d'embûches. L'homme est constamment obligé d'apprendre à vivre avec des désirs insatisfaits et à s'adapter au monde rugueux de la réalité. La vie est donc un perpétuel processus d'apprentissage.

Ce sont les événements malheureux de l'enfance ou les expériences plus tardives, accompagnés les uns et les autres de fortes émotions ou de symptômes physiques de stress qui marquent le plus profondément l'être humain. Prenons un exemple: Imaginez-vous que vous êtes mordu par un chien. Ce sentiment terrible de la peur de voir les crocs d'un chien hargneux se planter dans les chairs ne s'oublie pas de sitôt. Rien que d'y penser, le cœur se met à battre plus vite et le front devient moite. Il s'écoulera longtemps avant que l'on ose s'approcher d'un chien, même d'un mignon caniche d'appartement.

Des situations d'échec et de rejet peuvent agir de la même façon. L'hypothèse de départ est la suivante: «Je ne veux plus jamais connaître pareille mésaventure; je ne le supporterai pas!» Il s'ensuit une conclusion logique qui affecte le comportement: on évitera au maximum tout ce qui risque de provoquer un nouvel échec. La réaction ne modifie donc pas seulement le comportement intérieur - les décisions envisagées - mais aussi le comportement extérieur, c'est-à-dire le contact avec le monde environnant. L'homme entre ainsi dans une spirale néfaste qui peut le plonger finalement dans une situation d'extrême détresse psychique.

Une nouvelle façon de penser

Plus tôt seront posées les bases permettant à l'homme de bien se comporter dans la vie, mieux il parviendra à maîtriser son destin. Je suis personnellement convaincu que la sagesse biblique constitue la meilleure base pour une vie accomplie. L'Écriture se sert de deux mots clés qui correspondent aux no-

tions de cognition (la pensée) et de comportement, courantes en psychologie. Dans la Bible, il est question de l'intelligence (Rm 12:2) ou du cœur (le siège des pensées et des sentiments) et de la conduite (Ep 4:22;

1 Pi 1:5). Le roi Salomon nous a laissé un précieux conseil: «Garde ton cœur plus que toute autre chose, car de lui viennent les sources de la vie.» (Pr 4:23)

Un chrétien s'efforcera donc d'examiner toutes ses hypothèses à la lumière des affirmations bibliques. Une telle attitude ne se borne pas seulement à penser positivement. La Parole de Dieu encourage le chrétien à se dépouiller du vieil homme, à «marcher par l'Esprit» (Ga 5:16), à grandir dans l'amour (Ep 4:15) et à revêtir l'homme nouveau (Ep 4:24). Mais tout cela n'est possible que si l'homme s'ouvre journallement à l'action de Dieu et s'il laisse la Parole de Dieu modeler ses pensées et sa conduite (Col 3:16).

La transformation de la pensée est-elle toujours si aisée? Ce sont précisément les gens sensibles qui ont le plus de mal à oublier les blessures, à bannir de leur souvenir les événements tragiques, et à les remplacer par des alléluias retentissants. La guérison des souvenirs prend du temps. Chez certains - je pense en particulier à mes malades schizophrènes et très dépressifs - le fonctionnement biochimique du cerveau est tellement perturbé, qu'ils ne sont plus en mesure de maîtriser leurs pensées.

La Bible n'ignore pas cet état maladif. David a connu des moments où la pensée de Dieu, loin de le consoler, l'accablait davantage (Ps 77:3-11). Paul, de son côté, était passé par des moments où il ne pouvait même plus prier (Rm 8:26-28). Il y a donc de l'espoir pour les chrétiens qui traversent des périodes de crises psychiques profondes, comme celles que je vais décrire dans les chapitres suivants.

Deuxième partie

**Types de
psychisme
malade**



5 Un aperçu sur les troubles névrotiques

Monsieur Labbe prend les choses très à cœur. Tout doit être scrupuleusement à sa place. Sa journée est parfaitement minutée. Il sait exactement combien de temps il lui faut pour se rendre de chez lui à son lieu de travail. Il sait que son parcours compte 39 feux tricolores, répartis sur cinq grands carrefours et susceptibles de le retarder. Monsieur Labbe est bibliothécaire; ce poste ne peut être attribué qu'à des hommes consciencieux.

Mais tous n'apprécient pas sa façon de vivre. Parmi les mécontents, il y a d'abord son épouse. Elle souffre de la manie du rangement de son mari. Lorsqu'il rentre le soir, les enfants sont déjà au lit. Il prétend ne pas pouvoir rentrer plus tôt, car il doit mettre la bibliothèque en ordre avant de partir. «Il ne fait que ranger les livres, déclare sa femme, amère. Il ne peut supporter de voir des livres penchés, mais il se soucie fort peu de moi et des enfants.» Son chef aussi a déjà exprimé son mécontentement, lui reprochant de négliger ses tâches spécifiques à cause du temps excessif consacré au rangement; il l'a même menacé de réduire son salaire. Finalement, sur le conseil insistant de sa femme, Monsieur Labbe prend rendez-vous chez un psychiatre.

Monsieur Labbe souffre-t-il d'une lubie seulement ou est-il vraiment névrosé? A-t-il une personnalité particulière, ou est-il tout simplement un homme malade? Son comportement est-il tout bonnement singulier, ou bien est-ce une forme de péché? Peut-il et doit-il se transformer, et si oui, comment?

Sommes-nous tous des névrosés?

Les petites peurs, les obsessions minimales et les faibles dépressions font partie de la vie normale. Tout être a, dans certaines situations,

des craintes et des blocages illogiques. Vous connaissez sans doute cette appréhension qui vous gagne au moment de traverser une passerelle. Pourtant, vous savez fort bien que l'ouvrage a été étudié pour supporter bien plus que votre poids et qu'en outre, un garde-fou vous préserve d'une malencontreuse chute dans le vide. Malgré cela, vous éprouvez un réel soulagement au moment où vous parvenez à l'autre bout de la passerelle. La peur agit aussi sur nos relations humaines. Combien de fois nous est-il arrivé de ne pas faire telle chose par crainte de nous voir opposer un refus ou d'échouer? Qui n'a jamais éprouvé ces douleurs épigastriques à la veille d'un examen, c'est-à-dire devant une situation qu'il ne maîtrise pas parfaitement? Dans ces cas, la peur entraîne des réactions psychosomatiques, même chez les bien-portants.

D'autres sont victimes d'obsessions. Ainsi, ils ne parviennent pas à sortir telle mélodie de leur tête; ou encore, ils ne peuvent s'empêcher de retenir par cœur les plaques minéralogiques qu'ils voient; ou encore, ils font des enjambées à la longueur des blocs de pierre qui forment le trottoir. D'autres ont beaucoup de mal à quitter une pièce tant qu'elle n'est pas parfaitement rangée. Et quelle ménagère n'a pas vérifié plusieurs fois si elle a bien fermé le robinet de gaz?

Normalement, nous sommes en mesure de lutter contre ces peurs et ces obsessions. Nous pouvons cesser de nourrir telles pensées, penser à autre chose, et ainsi oublier les impulsions qui nous perturbent. L'appréhension qui s'empare de nous sur la passerelle ne sera jamais aussi forte que chez le névrosé d'angoisse qui n'hésitera pas à faire un grand détour pour éviter l'obstacle. Et la femme normale se contentera de vérifier une ou deux fois seulement si le robinet de gaz est bien fermé, sans tomber dans le rituel interminable qui caractérise la névrosée obsessionnelle. Lors de rencontres désagréables, notre cœur se met à battre plus fort, mais cela n'a rien à voir avec la souffrance de celui qui est atteint de névrose d'angoisse avec troubles relationnels. Nous sommes capables de supporter des remarques blessantes sans les ruminer indéfiniment comme le fait le névrosé dépressif.

La formule familière selon laquelle chaque être est un névrosé conduit à élargir injustement la notion psychiatrique de maladie. Le Professeur R. Tölle

déclare dans son manuel *Lehrbuch der Psychiatrie*: «Il ne faut pas considérer comme une névrose toute situation conflictuelle qui ne peut être résolue sur-le-champ, et qui s'accompagnera un certain temps de malaises ou de troubles végétatifs. Plus la personnalité de l'homme est multiple, plus son

vécu est complexe et sujet à des perturbations, sans qu'il soit nécessaire pour autant de parler de troubles pathologiques. Tant qu'on n'observe pas chez lui les phénomènes et les symptômes typiques de la névrose, il vaudra mieux considérer qu'il traverse une situation de crise.»

Réactions mentales à une crise

L'homme mentalement sain est en mesure de contrôler ses pensées, de jouir de la vie, de nouer des relations et d'assumer les responsabilités de l'existence. Il peut ordonner et ajuster ses pensées et ses sentiments de manière à s'adapter utilement au gré des circonstances.

Il n'en va pas de même en phase de crise. Des relations tendues ou une surcharge de travail, une grave maladie ou la mort soudaine d'un être aimé peuvent entraîner un épuisement psychique. Or il faut toujours plus de force pour lutter contre les circonstances et les pensées hostiles. L'énergie dépensée dans cette lutte fait défaut pour affronter le combat quotidien. La personne devient plus sensible physiquement et psychiquement. Le système neuro-végétatif se dérègle et présente tous les signes des réactions psychosomatiques, depuis les brûlures d'estomac jusqu'aux palpitations en passant par le tremblement des mains. Souvent, le sommeil lui-même pâtit de cette situation, ce qui ne fait qu'accroître l'épuisement.

Dans ces moments de plus grande fragilité psychique peuvent apparaître des dépressions, des angoisses, des obsessions, des réactions hystériques et une agressivité qui ne se manifestent pas en temps normal. L'être humain ne maîtrise plus correctement ses réactions. Des impulsions, qu'en temps normal l'homme rejette dans le fourre-tout de ses pensées, se fraient soudain une voie.

Un homme d'âge mûr supporte difficilement le divorce d'avec sa femme. Sa joie de vivre s'éteint insensiblement. La nuit, il lui arrive de se réveiller en nage à la suite d'un cauchemar. Des événements de sa jeunesse, enfouis depuis longtemps dans sa mémoire, lui reviennent à l'esprit. A son lieu de travail, il a le sentiment qu'on chuchote derrière son dos. Il se sent incapable et cherche à éviter tous ses collègues.

Pendant qu'elle allaite son enfant, une jeune maman est hantée par l'effroyable pensée de l'étrangler. «Je ne le ferai jamais, assure-t-elle, mais cette pensée ne me quitte pas. C'est une obsession.»

Il semble que chaque homme ait certains points faibles dans son comportement, des attitudes typiques qui ne se manifestent qu'en période d'accablement. C'est pourquoi, en face des mêmes difficultés, les uns réagissent d'une manière dépressive et résignée, les autres d'une manière excitée et théâtrale. Mais les crises disparaissent, et leurs symptômes aussi. Il n'est pas toujours nécessaire d'avoir recours au médecin ou à des médicaments pour surmonter une crise existentielle. Dieu nous a pourvus de multiples ressources pour triompher de crises psychiques et de leurs symptômes névrotiques. Souvent, il suffit de suivre le vieil adage: Le temps cicatrise les blessures.

Il n'en est pas de même des personnes qui présentent en permanence des symptômes de névrose, souvent sans cause extérieure apparente. Les bons conseils, souvent suffisants au moment des crises, ne produisent chez elles aucune amélioration perceptible de leur état. Elles ne se supportent plus et se plaignent de leurs complexes et de leurs faiblesses. Elles se sentent incomprises de leur entourage. Leur attitude finit même par peser lourdement sur leurs proches. Dans ces cas, le psychiatre parle de névroses et de troubles de la personnalité dans un sens restreint.

Qu'est-ce au juste qu'une névrose?

Les névroses constituent les troubles psychiques les plus fréquents et touchent environ dix pour cent de la population. Elles frappent deux fois plus les femmes que les hommes. La démarcation entre maladies graves et troubles légers est mal définie. On classe les perturbations encore plus légères parmi les troubles de la personnalité. Si on les inclut dans les statistiques, on constate alors qu'environ trente pour cent de la population est atteinte de troubles psychogènes. Ce terme général englobe une quantité déconcertante de troubles comportementaux allant des troubles relationnels aux troubles sexuels, des angoisses excessives à des lésions psychosomatiques.

La nature des névroses reste contestée dans les milieux psychiatriques. De nouveaux manuels vont si loin qu'ils suppriment résolument le terme dans la liste des diagnostics pour ne parler que de troubles de la personnalité et de syndromes de la peur, de l'obsession et d'autres encore. Si je continue à me servir du vocable de «névrose», c'est dans son sens traditionnel et pour me démarquer clairement de ceux qui en font un mauvais usage.

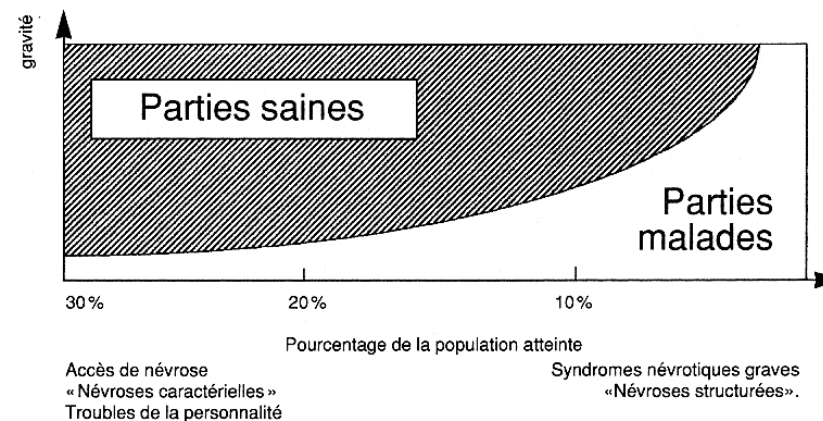
Les névroses structurées, comme le montreront les pages suivantes, sont d'authentiques maladies qui présentent des symptômes précis et des développements connus et fixes, et qui peuvent, au même titre que d'autres maladies psychiques, entraîner de sérieux handicaps.

Voici une définition des névroses: «Ce sont des maladies qui affectent le psychisme en suivant une évolution chronique et qui s'extériorisent par des symptômes bien définis tels que la peur, l'obsession, une tristesse excessive, des signes d'hystérie, ou par des comportements caractéristiques, tels que les inhibitions, le manque d'assurance, la fragilité émotionnelle ou les tensions conflictuelles internes.»

On peut aussi retenir cette autre définition de la névrose: «Un trouble psychique qui prend la forme d'une maladie, laquelle n'est cependant pas causée par des lésions organiques du cerveau et ne prend pas des proportions psychotiques.»

Comme le montre ce diagramme, la plupart des gens qui souffrent tant intérieurement que dans leur comportement, sont aussi partiellement sains. A l'exception des cas graves (tout à fait à droite du schéma), ces personnes sont capables de vivre d'une manière autonome. C'est pourquoi on trouve relativement peu de névroses dans les cliniques, du fait qu'elles n'évoluent pas de façon aussi dramatique que les psychoses. C'est aussi pour cela que les médecins libéraux et les responsables de la relation d'aide sont davantage en contact avec ces malades.

Figure 5-1 : Gravité des névroses



Les névroses peuvent évoluer de multiples façons. Il s'agit fondamentalement de maladies de longue durée, mais qui présentent des phases plus ou moins prononcées. On constate souvent un trouble de la personnalité sur lequel se greffe temporairement une perturbation plus grave. Dans ce cas, il n'est pas rare qu'on observe un changement de symptômes, les troubles présentant tour à tour leurs symptômes caractéristiques. Ainsi une peur symptomatique peut dégénérer plus tard en dépression chronique.

Des visites médicales subséquentes ont montré qu'il y avait:

- guérison dans 20% des cas,
- amélioration de l'état de santé dans 60% et
- accentuation des symptômes de la maladie dans 20%.

Ce dernier cas correspond à une invalidité totale, car à ce stade, les malades ne sont plus en mesure d'accomplir leurs tâches et de gagner leur vie.

C'est surtout entre 20 et 40 ans que les troubles névrotiques sont les plus prononcés. Ensuite, les symptômes s'évanouissent et le malade finit par trouver un meilleur équilibre. Il s'ensuit donc souvent un état harmonieux, une vie certes avec ses limites, mais qui permet néanmoins une existence supportable. De nombreux malades névrosés sont encore capables de travailler, mais ils ont cependant dû envisager la cessation de leur activité professionnelle. Il leur manque souvent la joie de vivre et l'énergie. Ils vivent un peu à l'écart des autres et ont perdu tout intérêt dans ce qui les passionnait autrefois. Le névrosé trouve donc un certain soulagement dans son isolement général, mais pour cela il a dû renoncer à ses anciens désirs, à ses rêves d'antan et à ses relations sociales.

Les causes de névroses

Dans le passé, d'innombrables ouvrages ont été écrits sur les causes possibles des névroses. Pourtant, on ne dispose aujourd'hui que de maigres informations fiables sur l'origine de ces troubles. Contrairement à de nombreuses écoles de psychothérapie qui ne recherchent qu'une seule cause et qu'une seule thérapie, la psychiatrie moderne tend à développer un phénotype plurifactoriel qui permet de résoudre le problème des névroses sans idées préconçues. On cause du tort au névrosé si on considère sa maladie uniquement comme une réaction psychique inappropriée. Les troubles névrotiques, comme d'autres maladies psychiques, sont provoqués et influencés par de nombreux facteurs.

On estimait autrefois que les troubles névrotiques remontaient à l'enfance. On prétendait que des conflits non résolus, souvent teintés de sexu-

alité, entraînaient des fixations à des niveaux immatures du développement de l'enfant. Des études plus récentes n'ont pas confirmé cette hypothèse. Les anciens avaient, à mon avis, tiré de fausses conclusions à partir d'observations correctes. Les névrosés ont souvent un comportement immature, qui ressemble à celui des enfants. Le sujet qui est victime de névrose d'angoisse n'ose pas s'aventurer dans la rue; l'hystérique fait une scène d'un événement insignifiant. Mais cela ne suffit pas pour en déduire que ces troubles plongent leurs racines dans des expériences douloureuses de l'enfance. D'où l'impérieux devoir de ne pas confondre des comparaisons intéressantes avec des preuves solidement étayées.

Prédispositions - Milieu environnant - Réaction

Les névroses et les troubles de la personnalité mettent en jeu d'une manière complexe les prédispositions, le milieu ambiant et les réactions (voir le schéma p. 52, chapitre 4).

Prédispositions: dans les névroses, le patrimoine génétique joue un grand rôle. Des études portant sur un grand nombre de jumeaux ont prouvé qu'il y avait une augmentation significative du nombre de névroses, en particulier chez des sujets qui présentaient des syndromes de panique et d'obsession.

Les lésions cérébrales favorisent aussi l'apparition de névroses. Les personnes atteintes de telles lésions sont moins aptes à faire face aux situations conflictuelles de l'existence qu'une personne dont le cerveau est sain. On s'en rend souvent compte aux difficultés d'adaptation que rencontre le malade et aux attitudes étranges qu'il adopte en réaction au milieu environnant, ce qui tend à l'isoler davantage encore.

Milieu ambiant: curieusement, les névrosés ne traversent pas nécessairement plus d'expériences accablantes que les autres. Mais il semble que la fragilité psychique du sujet lui fasse percevoir l'événement d'une manière différente, sans pour autant donner l'impression au monde extérieur qu'il est plus accablé. Les névroses se manifestent davantage chez des personnes qui ont été surprotégées et couvées dans leurs familles. La société de bien-être avec sa permissivité quasi sans bornes favorise l'apparition de névroses. Plus l'homme a de possibilités, plus il se trouve confronté à des conflits internes. A l'inverse, dans les temps de grande détresse, comme les guerres, les névroses diminuent.

Réaction: les blessures mentales et morales peuvent tellement marquer un homme qu'il s'abritera de plus en plus derrière le bouclier d'une névrose, celle-ci devant le protéger d'autres expériences douloureuses. Chaque fois que

le sujet doit déposer son bouclier, il le fait avec un très grand sentiment de peur. C'est pourquoi le névrosé a tant de mal à se lier spontanément à d'autres personnes. Ce n'est que s'il arrive à manifester une grande confiance envers les autres qu'il se risquera à lever un peu sa visière et à adopter une attitude plus adulte.

Les névrosés sont souvent pris dans les mailles du filet que tissent leurs conflits personnels. D'un côté, ils en souffrent et se révoltent; mais d'un autre, leurs tensions internes ne leur permettent pas de cultiver un autre mode de pensée et d'action, bien que cela leur procurerait un plus grand espace de liberté.

Dans le cas de troubles légers, on peut mettre en évidence les mauvaises réactions et les traiter. Mais dans le cas de malades gravement atteints, je m'aperçois toujours que les patients qui passent par une lourde épreuve sont tout simplement incapables de réagir autrement, en dépit de leur bonne volonté et de leur désir.

Le diagnostic des névroses

Le diagnostic d'une maladie névrotique nécessite la connaissance du vécu du sujet et l'écoute de ses douleurs. Dans de nombreux cas, comme la névrose obsessionnelle, le diagnostic est facile à poser. Dans d'autres, il faut rencontrer plus longuement le patient et, éventuellement, éliminer d'autres maladies possibles avant de pouvoir se forger une idée précise de sa névrose.

On ne rencontre que très rarement une névrose simple. Dans la plupart des cas, il s'agit d'une convergence de plusieurs tendances névrotiques. Ainsi, les dépressifs souffrent aussi de névrose d'angoisse et de névrose obsessionnelle. L'obsession débouche souvent sur la dépression. D'autre part, on observe souvent que les sujets atteints de névrose d'angoisse se préoccupent exagérément des fonctions de leur corps. On pourrait comparer les caractéristiques névrotiques à un kaléidoscope. Chaque fois qu'on le tourne, on obtient d'autres jeux de lumières, de couleurs et de formes.

Malgré cette grande diversité, il existe des points communs à tous ces troubles psychiques. Dans la plupart des névroses, on peut déceler les signes maladifs suivants:

- manque d'assurance
- blocages
- perte de contact
- sautes d'humeur
- résistance amoindrie

- manifestations corporelles d'un dysfonctionnement du système neuro-végétatif.

On sortirait du cadre de cet ouvrage si on voulait décrire en détail les différentes formes de névrose. Le lecteur intéressé par de plus amples informations pourra consulter des manuels de psychiatrie. Grâce à de nombreux entretiens avec des responsables de la relation d'aide et avec des névrosés, je sais que les personnes qui souffrent de douleurs physiques et de dépression rencontrent aujourd'hui beaucoup de compréhension.

Il faut, semble-t-il, plus d'efforts pour comprendre la névrose d'angoisse, la névrose obsessionnelle et la névrose hystérique, et les assimiler à des maladies qui peuvent aussi frapper les chrétiens. Ces troubles occasionnent souvent, même dans leurs formes moins graves, de grandes souffrances pour le patient, ses proches et ses responsables spirituels. Les sujets malades ne souffrent pas seulement de leurs maux propres, mais aussi de l'incompréhension et des conseils insensés que leur donnent de nombreux amis chrétiens en vue de leur guérison.

C'est pourquoi le chapitre suivant fournira au lecteur, sous une forme condensée mais suffisamment compréhensible, des données supplémentaires sur ce syndrome et les moyens de venir en aide aux malades.

6 Angoisse, obsession et hystérie

C'est un lieu commun d'affirmer que notre époque est marquée par la peur. Il est en effet notoire que l'homme moderne, en dépit de tous ses progrès, est habité par de nombreuses craintes et par l'insécurité. L'homme s'inquiète de l'avenir de la Nature, mais il craint aussi la menace d'une catastrophe nucléaire; il éprouve des peurs réelles devant des situations dangereuses concrètes, mais il tremble aussi d'une manière irraisonnée en pensant qu'il pourrait être atteint d'une maladie incurable.

La peur a toujours existé; elle fait tout simplement partie intégrante de l'existence humaine. Elle revêt des formes multiples et n'épargne pas les chrétiens, même les plus convaincus. Elle ne semble pourtant pas invincible: bien qu'elles soient paralysées par la peur, surtout en période de crise, de nombreuses personnes finissent par trouver le moyen de s'accommoder de leurs craintes et d'accomplir leurs tâches. La plupart se montrent très disposées à recevoir réconfort et consolation, et retrouvent leur paix intérieure au bout d'un certain temps.

Il n'en est pas de même du névrosé: sa pensée, ses sentiments et son comportement sont profondément marqués par ses peurs, qui vont au-delà des craintes normales. Le malade n'est souvent même pas en mesure de les exprimer clairement par des mots. Ce n'est donc pas à tort que Riemann a décrit les troubles névrotiques de la personnalité comme des «formes fondamentales de la peur».

La peur malade

Chez certaines personnes, la peur peut dégénérer en maladie qui paralyse toute leur vie. Le médecin parlera alors de névrose d'angoisse. Il peut arriver qu'on ne puisse en expliquer l'origine.

L'homme «normal» a l'impression que le malade se tourmente pour des raisons futiles et que les moindres efforts font naître en lui le vif sentiment qu'il est dans une impasse, ou même qu'il est menacé. A certains moments, cette angoisse peut se transformer en panique, accompagnée de symptômes physiques tels que le patient donne vraiment l'impression d'être devant un danger imminent.

Voici comment une femme me décrit un jour ses angoisses: «Quand je regarde par la fenêtre, j'ai peur de tomber. Je ne monterai jamais dans un ascenseur, de peur qu'il ne tombe en panne entre deux étages. Quand je suis en voiture, je crains sans cesse l'accident. A mon travail, je vis dans l'angoisse de commettre une faute et de perdre ma place. Depuis des années, j'envoie mon mari faire les courses. Quand je vais à l'église, je panique devant la multitude. Mon cœur se met à battre la chamade, au point que j'en perds presque le souffle. Lorsque je lis la Bible, je découvre avec effroi que je ne suis peut-être pas sauvée ou que je suis peut-être possédée par un démon, bien que je sois parfaitement certaine d'être dans la main de Dieu. Je ne puis absolument pas me prémunir contre ces peurs; seuls les médicaments ont un effet tranquillisant, mais alors j'ai peur de l'accoutumance et de devenir toxicomane.»

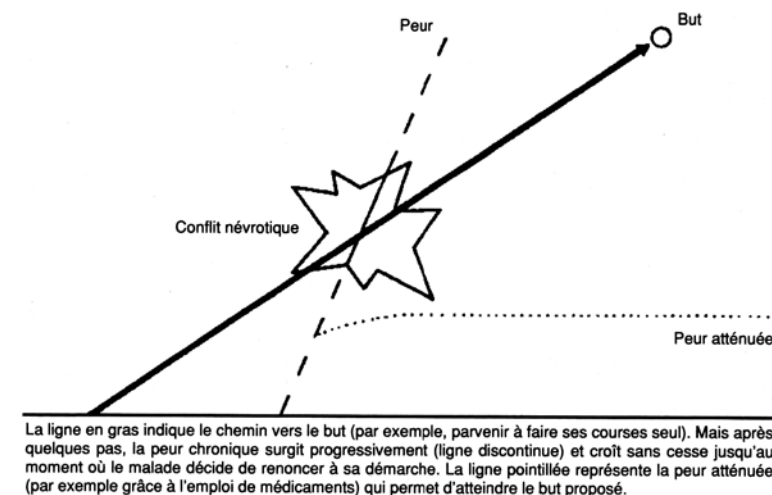
Prisonnier de l'angoisse

Les personnes angoissées vivent souvent dans une peur bleue de la peur. C'est pourquoi ils évitent tout ce qui pourrait la susciter ou l'augmenter. Ainsi, un homme jeune et doué refusera toute promotion sociale, car chaque fois qu'on le charge de nouvelles responsabilités, il est submergé par des flots de craintes et de douleurs cardiaques. Une ménagère préférera rester en sécurité dans son appartement plutôt que de vivre dans la crainte constante de tomber en syncope lors de ses achats. Chaque battement de cœur, chaque malaise la conforte dans sa peur et l'isole davantage.

Des personnes qui présentent le syndrome de l'angoisse souffrent terriblement de cette limitation, mais elles préfèrent néanmoins vivre solitaires et en retrait plutôt que de courir le risque de connaître l'effroyable sentiment de peur dont elles conservent un si mauvais souvenir dans leurs expériences antérieures.

Il n'est pas rare de voir un névrosé d'angoisse prendre, lors d'un répit de sa maladie, la décision de se mettre peu à peu dans des situations qui autrefois le plongeaient dans de grandes frayeurs. Il fera les premiers pas, souvent avec le secours d'un responsable de la relation d'aide ou d'un médecin. Au début, il arrive sans trop de peine à refouler ses appréhensions, mais ses anciennes peurs finissent par reprendre le dessus. Il arrive ainsi à un point où il ne peut plus éviter ni supporter les tourments internes. Il abandonne alors très souvent la lutte pour se réfugier dans la sécurité où il se sent bien, tout en n'ayant parcouru que la moitié du chemin envisagé. La figure 6-i illustre ce phénomène.

Figure 6-1: L'obstacle de la peur sur le chemin vers le but



Le traitement de la névrose d'angoisse

Existe-t-il des moyens permettant d'atténuer l'angoisse de telle manière que le malade puisse atteindre certains objectifs simples tout en n'éprouvant qu'une peur supportable? Ne pourrait-il pas se détendre simplement par un effort de volonté? Ne pourrait-il pas être affranchi de ses peurs en ayant une fois pour toutes amené à la surface toutes les craintes de son enfance, ou en ayant pratiqué la «guérison intérieure»?

Combien j'aimerais répondre par un «oui» simple. Mais quiconque a été confronté à la détresse d'un tel malade et aux vaines tentatives de guérison proposées par certains hommes, devient nécessairement plus prudent et plus compatissant. Il existe certes des techniques de relaxation de différentes sortes qui s'avèrent efficaces dans le cas de peurs mineures. Mais ces moyens ne suffisent plus pour les angoisses plus profondes. Au contraire, le fait de n'éprouver qu'un petit soulagement par le moyen de la relaxation peut susciter chez le malade de nouvelles peurs. De même, certaines séances de psychothérapie sont aussi frustrantes pour les névrosés d'angoisse; le remède offert est pire que le mal, car il accentue l'angoisse et pousse le sujet à se résigner davantage encore.

On est donc amené à envisager les effets des médicaments sur le métabolisme du cerveau. On sait aujourd'hui que le cerveau comporte des récepteurs sensibles aux tranquillisants comme le Valium - et aussi à l'alcool - susceptibles de provoquer une relaxation notoire. On comprend mieux ainsi pourquoi l'alcoolisme et l'abus des anxiolytiques sont si répandus.

Il faut être conscient de ces dangers, mais ils ne doivent pas voiler le fait que les tranquillisants administrés à des malades procurent une réelle amélioration de leur état. C'est précisément dans les cas décrits précédemment que les médicaments administrés aux malades réduisent l'angoisse à une proportion supportable. Par ailleurs, des études récentes sur l'accoutumance aux anxiolytiques ont montré que l'on avait surestimé ce danger. De nombreux malades n'augmentent pas la dose et utilisent ces remèdes d'une manière responsable.

Ce résultat est d'autant mieux atteint que les malades se sentent acceptés du médecin et encouragés par lui à vivre avec les restrictions que leur imposent les angoisses. C'est aussi à ce niveau que se situe l'un des devoirs les plus essentiels du responsable spirituel. Mieux que n'importe quel autre livre, la Bible décrit avec beaucoup de réalisme et de doigté l'angoisse de l'homme. Jésus ne promet pas à ses disciples d'échapper totalement à la peur, mais il leur déclare: «Vous aurez des tribulations dans le monde, mais prenez courage, moi, j'ai vaincu le monde.» (Jean 16:33)

La névrose obsessionnelle: quand la maîtrise des pensées fait défaut

Cet employé de banque, âgé de 25 ans, paraissait en parfaite santé. Pourtant, depuis six mois, il n'était plus capable de travailler. Ses troubles avaient

commencé quelques années plus tôt. En comptant les billets de banque, il avait été de plus en plus anxieux à la pensée de commettre une erreur. Il lui arrivait souvent de contrôler les liasses de billets pour savoir si leur nombre était exact.

Puis une grippe l'avait affaibli. Il n'osait plus se rendre à son travail, de peur que les autres ne remarquent son trouble. Il recommençait dix fois l'opération qui consistait à glisser une feuille de papier dans la machine à écrire. Lorsqu'il recevait une lettre personnelle, il s'assurait minutieusement qu'elle lui était bien adressée, en vérifiant chaque lettre du nom sur l'enveloppe. Il s'écoulait parfois une demi-heure avant qu'il n'ouvre la lettre. Lorsqu'il se rendait aux toilettes, sa famille savait qu'il en avait pour une heure au moins.

L'obsession se manifesta aussi dans sa vie spirituelle. Il éprouva le besoin de confesser le moindre petit péché commis, à genoux, le visage entre ses mains. Il répétait plusieurs fois sa prière, parce qu'il n'était pas sûr de l'avoir correctement formulée.

Ses journées étaient remplies de rituels compliqués et de pensées qui le tourmentaient. Il ne trouvait un peu de repos que pendant les quelques heures de sommeil. Il savait bien que ses pensées étaient insensées et ses agissements inutiles. Mais quand il essayait de s'y opposer, alors se développaient en lui une tension et une peur morbides qui ne s'estompaient que lorsqu'il cédait à ses impulsions.

Cet exemple illustre la souffrance produite par le syndrome de l'obsession. Ce trouble est relativement peu répandu (environ 5 pour 10 000) et n'évolue pas toujours de manière aussi dramatique que dans le cas rapporté ci-dessus.

On distingue trois sortes d'obsessions. Les obsessions phobiques sont caractérisées par des craintes, par exemple la crainte qu'il n'arrive quelque chose de fâcheux pour soi ou pour autrui, ou par des sentiments de culpabilité, par exemple celui d'avoir péché contre soi-même ou d'être la cause d'un malheur survenu à autrui. Les obsessions impulsives sont souvent marquées par le besoin de commettre une action dangereuse ou inconvenante (tirer la langue à un passant), ou encore de prononcer des obscénités ou des blasphèmes, ce qui constitue un réel tourment pour des chrétiens. Le malade n'extériorise pas nécessairement son impulsion, mais à cause de sa conscience sensible, il souffre terriblement d'avoir pu nourrir de telles pensées. Les obsessions idéatives ou compulsions se manifestent par des actes anodins répétitifs, comme le fait de compter plusieurs fois les billets, de vérifier plusieurs fois si tout est en ordre ou de se laver plusieurs fois.

L'origine de ces obsessions est encore mal connue à ce jour. Des études scientifiques récentes les attribuent à un trouble fonctionnel complexe du

cerveau. Il semble en effet que dans ces cas de maladies, le cerveau ne soit pas en mesure de mettre correctement en mémoire certaines informations, comme la propreté des mains, si bien qu'il continue d'envoyer au centre nerveux responsable de la pensée et de l'action des impulsions qui échappent à tout contrôle de la volonté.

Ne pas forcer la libération

Jusqu'à ce jour, il n'existe aucune thérapie causale contre le syndrome obsessionnel. On ne peut pas provoquer la libération des obsessions. Les grands psychothérapeutes du passé ont proposé d'élégantes théories sur les causes de ces obsessions, mais leur succès thérapeutique est resté très modeste. «L'obsession, dit-on, est à la fois l'enfant chéri et l'enfant terrible de la psychanalyse.» Beaucoup de responsables spirituels ont émis sur les obsessions graves des affirmations qui sont à loger à la même enseigne que celles des psychanalystes. Même les médicaments n'ont que des effets bénéfiques limités dans ces cas. Mais ils ont du moins le mérite de rendre les tensions internes supportables.

On peut toujours espérer être en présence d'une névrose obsessionnelle passagère qui s'est greffée sur une personnalité généralement incapable de supporter de lourds fardeaux. Dans ce cas, le temps finit par atténuer les symptômes, la santé du malade s'améliore sans qu'il y ait eu intervention d'une quelconque thérapie.

Que peuvent faire le médecin et le responsable spirituel pour la personne atteinte de névrose obsessionnelle et pour ses proches? Le simple fait d'être accueilli avec ses détresses n'a pas de prix pour le malade. En effet, la bonne santé corporelle apparente du patient fait qu'il est souvent incompris de son entourage. Ses proches ont du mal à croire qu'il ne peut vraiment pas travailler. Il est donc très important que celui qui veut l'aider le prenne très au sérieux et lui procure une occupation compatible avec son état. Des entretiens francs à intervalles réguliers sont ressentis par le malade comme de réels moments de détente, même si le problème de l'obsession subsiste.

La personnalité hystérique

Contrairement aux personnes atteintes de névrose d'angoisse, de névrose obsessionnelle ou de dépression, qui ont tendance à se tenir à l'écart des

autres, les personnes hystériques font tout pour attirer l'attention sur elles. Médecins et spécialistes de la relation d'aide ne sont pas en face de malades inhibés ou consumés par le chagrin, mais en présence de personnes séduisantes, dynamiques, expressives, en grande majorité des femmes.

Ces malades aussi ont peur. Mais à l'opposé des névrosés envisagés précédemment, les malades qui réagissent d'une façon hystérique «ont peur du définitif, de l'incontournable, de la nécessité et des limites de notre quête de liberté». Ils sont orientés sur le vécu et réagissent passionnément à chaque expérience; ils oscillent ainsi entre l'enthousiasme débordant et la déception la plus amère ou la colère. Rien ne les ennuie plus que la routine d'une vie réglée comme une horloge. Ils sont facilement influençables, ont une foi aveugle en l'autorité, et acceptent rapidement et totalement une conviction qu'ils rejetteront avec la même fougue à la première déception.

Ces caractéristiques expliquent les grandes difficultés relationnelles que suscitent les hystériques. En effet, ils se montrent généralement charmants au premier abord et nouent facilement amitié. Lorsqu'une relation solide s'est établie entre eux et autrui, ils deviennent exigeants, égocentriques et sans égards pour les autres. Dans leur désir nostalgique de se voir acceptés sans conditions et reconnus pleinement, ils se rendent exagérément dépendants des autres et les accaparent totalement. Si l'autre tente d'élargir son espace de liberté, l'hystérique le lui reproche d'une manière parfois explosive et dramatique. Ce désir déçu de se cramponner à quelqu'un peut aller jusqu'à la tentative de suicide. Par leur comportement immature, les hystériques détruisent précisément les relations après lesquelles ils soupirent tant.

Ces malades ont de nombreux problèmes sexuels. Les personnes hystériques attendent trop d'elles-mêmes et de leur partenaire et cherchent refuge dans des fantasmes sexuels. La réalité de leur vie sexuelle est généralement toute différente, ce qui entraîne de nombreuses et amères déceptions.

Ils se plaignent souvent de leur état de santé, en particulier de faiblesses et de maux de tête. Dans des moments d'accablement plus prononcé, ils peuvent momentanément ressentir les mêmes symptômes qu'une psychose. C'est ainsi qu'une femme en pleine crise vint me trouver un jour, se plaignant de voir le monde tout déformé, comme à travers un morceau de verre de mauvaise qualité. Elle avait parfois l'impression d'être une spectatrice dans le théâtre de la vie. Lorsqu'elle fut sur la voie de la guérison, ces symptômes disparurent.

Il n'est pas surprenant que les personnes hystériques souffrent beaucoup lors de grands changements, par exemple lorsque les circonstances extérieures se modifient ou que des liens se brisent. La conséquence en est parfois la dépression. On rencontre aussi de temps à autre des symptômes de conversion:

les sujets hystériques expriment leur impuissance par exemple sous la forme d'une paralysie de la jambe, que l'on ne peut absolument pas expliquer organiquement. On parle alors d'une névrose hystérique au sens étroit.

Imposer des limites

Les malades hystériques sont un défi particulier pour le médecin et le spécialiste de la relation d'aide. Car on ne sait jamais exactement ce qui est authentique et ce qui est feint. Le responsable spirituel apprend souvent à ses dépens comment le malade se comporte habituellement avec les autres personnes. Même en face de lui, le malade se comporte d'une manière imprévisible.

Au début, le responsable spirituel sera peut-être auréolé de compliments: «Vous êtes le premier à m'accepter comme je suis et à m'écouter», ou: «Au moins vous, vous comprenez mes problèmes et vous les prenez au sérieux. Vous êtes un pasteur formidable!» Mais l'emprise du malade se fera de plus en plus forte, les coups de téléphone de plus en plus nombreux et à des heures impossibles, le besoin de recevoir des visites de plus en plus grand, pour ne mentionner que les principales exigences.

Lors des consultations, les malades étalent leurs plaintes avec force détails et sous une forme si dramatique qu'on se demande parfois s'ils n'exagèrent pas. Mais les patients croient dur comme fer que les événements qu'ils rapportent sont vrais; si le médecin ou le spécialiste de la relation d'aide se permet de demander des précisions ou pose des questions complémentaires, ils lui font des reproches et mettent en doute son aptitude à les comprendre.

Les chrétiens qui ont des tendances hystériques sont tentés d'en attribuer l'origine à des causes surnaturelles. Ils sont parfois tellement obnubilés par les puissances occultes qu'ils sont capables de donner une description haute en couleurs des démons qui les assaillent. Ils exigent alors que le pasteur prie pour qu'ils soient délivrés de leur «possession». Ces séances d'exorcisme s'accompagnent souvent de scènes dramatiques qui doivent convaincre l'assistance de la réalité de la possession démoniaque. Si un pasteur ose ne pas céder à leurs vœux, les malades, sous le coup d'une amère déception, réagissent brutalement. Il arrive fréquemment qu'ils abandonnent leur pasteur au profit d'un autre, qui dispose, selon eux, «d'une puissance plus grande».

Il ne faut cependant pas minimiser le rôle que peut jouer l'assistance spirituelle en cas de crise hystérique. Les versets bibliques et les prières sont en mesure d'apporter au malade un apaisement significatif et une atténuation

de ses détresses internes. Mais le malade a souvent le sentiment que cette relation d'aide «sobre», fondée sur la consolation et la compassion, est insuffisante car elle ne débouche pas sur les effets radicaux qu'il en attend.

Ce serait une erreur de prendre à la légère le comportement de femmes hystériques sous prétexte que ce serait du «théâtre». Car cette façon d'agir est typique de personnes excessivement sensibles, incapables de toujours se maîtriser totalement. Elles sont souvent, après coup, épouvantées de constater à quel point elles ont été emportées par leurs sentiments. En général, l'apaisement de l'état général entraîne la disparition des signes hystériques.

Ce dont ces personnes ont surtout besoin lorsqu'elles sont ballottées dans les flots agités de leur sensibilité, c'est un rocher qui leur procure un appui, une protection et un apaisement; un pasteur qui les prenne au sérieux, mais qui sache aussi canaliser leurs sentiments avec calme et sobriété et fixer les limites nécessaires; un pasteur qui, en dépit de leurs réactions versatiles, reste ferme, sans les rejeter; un pasteur qui, malgré leurs désirs de dépendance, les encourage et les aide à acquérir une certaine indépendance.

La foi fait-elle des névrosés?

Sous des questions et des préoccupations spirituelles se cachent souvent des conflits et des manques d'assurance de nature névrotique. Le pasteur est douloureusement affecté lorsque la vie spirituelle d'un être est dominée par l'angoisse, l'obsession ou l'hystérie. Car ce ne sont pas seulement les tièdes et les rebelles qui sont sujets aux névroses; des chrétiens sincères et sérieux peuvent également présenter des symptômes de névrose teintés de spiritualité.

Ce n'est donc pas par hasard qu'on trouve dans la littérature médicale la notion de névrose «religieuse». Dans une étude volumineuse, le théologien et psychothérapeute évangélique Helmut Hark décrit la problématique des névroses religieuses.

Voici comment il définit la notion de «névrose religieuse»: «Dans le vaste domaine des maladies mentales, on appelle névrose ecclésiogène celle qui affecte la sphère religieuse et se manifeste par une religiosité excessive. Selon le dosage et l'éducation reçue des parents, de l'école et de l'église, la piété et la foi agiront comme un poison de l'âme et la rendront malade, ou au contraire se manifesteront comme un moyen de salut et de bonheur.» Il s'attaque vigoureusement, chiffres à l'appui, au dicton généralement admis, quoique dépassé depuis longtemps, qui veut que la religion rende malade. Il a comparé les résultats d'une enquête détaillée menée sur 139 personnes qui,

en raison de leurs difficultés d'ordre spirituel, avaient cherché de l'aide, avec ceux d'une enquête sur 234 personnes sans préoccupations religieuses particulières. Voici ses conclusions:

«Il a été possible d'établir un lien entre les troubles névrotiques et les tendances religieuses des patients. On a ainsi pu démontrer statistiquement que les sujets présentant les troubles névrotiques les plus accentués étaient aussi ceux qui s'intéressaient le moins aux questions religieuses et à la piété. Inversement, chez ceux qui avaient une foi vivante, les difficultés psychiques étaient atténuées. Notre observation a donc confirmé l'expérience faite sur des cas individuels, à savoir que la névrose affecte et trouble la vie spirituelle, mais qu'une piété authentique contribue à la guérison de la maladie.»

Champ d'application et limites de la relation d'aide

Quelles sont les possibilités du pasteur d'aider bibliquement un névrosé? Cette question a déjà obtenu des réponses partielles dans les paragraphes consacrés aux différents cas de maladie. Le fait de savoir, pour le malade, qu'il est accepté du pasteur, la possibilité de dialoguer ouvertement et la prière en commun peuvent lui faire un bien énorme et lui procurer un réel apaisement. Le pasteur dispose pour ses entretiens personnels comme pour ses sermons d'un trésor inépuisable d'images et d'affirmations bibliques: ce sont précisément les faibles, les démunis, les malheureux, ceux qui sont limités, que Dieu a choisis, afin de démontrer sa puissance. Il est souvent nécessaire d'amener le malade à une nouvelle compréhension de Dieu.

Il faut néanmoins savoir que l'intervention du pasteur auprès de personnes gravement atteintes ne sera pas toujours couronnée de succès. Doit-il alors se contenter de consoler et de supporter le malade? Ne faut-il pas confronter le malade à ses conflits inconscients et à ses motifs cachés? Ne doit-il pas une fois pour toutes réagir contre tous les sentiments accumulés? Ne lui manque-t-il pas tout simplement une vie spirituelle plus épanouie?

La littérature consacrée à la relation d'aide et à la psychologie abonde en conseils variés pour la guérison des malades psychiques. Pourtant, force est de constater qu'un grand nombre de névrosés finissent dans la solitude et l'isolement l'odyssée qui les a conduit de thérapie en thérapie sans qu'aucun traitement ne leur procure l'amélioration tant espérée. Ces échecs sont difficiles à supporter, même pour le pasteur et le médecin. Il arrive fréquemment que ceux-ci imputent leur échec soit au malade lui-même, soit à ses parents, soit à leur propre incapacité.

Mais peut-on reprocher à ces personnes de manquer de volonté pour changer? Ou bien les médecins exigent-ils trop d'elles? Je me demande parfois si la folie du «tout est possible» de notre civilisation hypertechnicisée ne déteint pas aussi sur la relation d'aide et le traitement des névroses, même si les procédés sont recouverts du manteau des formules chrétiennes et psychothérapeutiques toutes faites.

Compassion intuitive

Pour entourer une personne qui souffre d'une névrose prolongée, j'estime important que le pasteur fasse preuve d'une grande compassion et d'une grande sensibilité. Il doit être en mesure de déceler derrière les questions religieuses apparentes et derrière les doutes la personnalité maladivement sensible du sujet et en tenir compte dans son approche. La citation suivante de Blumhardt reflète un peu l'attitude fondamentale que doit adopter le responsable spirituel à l'égard de personnes psychiquement fragiles:

«En règle générale, je n'exige pas grand chose des personnes inquiètes, en tout cas je ne leur demande pas de rassembler toute leur énergie pour se prendre en main. Car j'ai été témoin des conséquences fâcheuses d'une telle attitude. Je m'en tiens donc au conseil suivant: „Fais ce que tu peux, et si tu n'y parviens pas, abandonne et tiens-toi tranquille; ne vis pas dans la peur que tout soit perdu. Ne te culpabilise pas si, contre ta volonté, tu te sens paralysé et mal disposé contre Dieu et tout ce qui le concerne.“

J'ajouterais encore ceci pour apaiser ces personnes: Au plus fort de la tentation, ne pense pas que tu doives nécessairement trouver une Bible ou un autre ouvrage de piété pour ton édification. Si tu expérimentes parfois qu'aucune parole ne te fait d'effet, je le crois volontiers; car tant que tu seras en proie à ces étranges sentiments, tu ne seras réceptif à aucune bénédiction, quoi que tu lises. Il en est de même lorsque tu ressens une aversion pour la prière. A quoi cela sert-il de te forcer? C'est pourquoi je dis souvent: Ne t'en fais pas. Faut-il absolument que tu adoptes cette forme de prière, simplement parce qu'on estime que seule cette forme-là est prière? On peut prier très simplement, et de façon à ce que l'Ennemi ne trouve aucun moyen de s'y opposer. Sache que toute la Bible est déjà contenue dans le Notre Père. Il y est question du Nom, du Royaume, de la volonté de Dieu, de son souci paternel à te donner le pain quotidien, du pardon des péchés, du pardon que tu accordes à autrui, du secours contre la tentation...»

On est frappé par la sensibilité et la compréhension avec lesquelles Blumhardt accepte les infirmités des faibles, sans tomber dans des interprétations spiritualisantes ou dans le jargon psychologique. Il se met au niveau du malade pour bien comprendre le langage de ses détresses spirituelles et il le réconforte par le rappel de vérités bibliques simples et fondamentales. Cette attitude préserve le pasteur du danger de condamner et de rejeter le malade comme «pécheur obstiné» ou «sceptique chronique». Même si ce comportement ne débouche pas tout de suite sur la guérison souhaitée, il donne la force d'accompagner le malade dans sa faiblesse, avec patience et amour.

7 Un aperçu sur les dépressions

« Je ne sais pas ce qui m'arrive. Depuis deux mois, je n'ai plus d'énergie. Plus rien ne me réjouit ». Cet homme d'affaires d'habitude si sûr de lui me parlait d'une voix presque éteinte, en baissant les yeux. « Le matin, je me réveille dès quatre heures, rempli d'appréhension et d'inquiétude à la perspective de cette nouvelle journée. Je ne suis plus bon à rien. Je n'ose même plus téléphoner à un client. Qui voudrait encore me passer commande? »

Il respira profondément. « Mais le pire dans tout cela, c'est que Dieu lui-même m'a abandonné. La Bible, qui autrefois m'apportait tant, ne me fait plus aucun effet. Chaque fois que je veux prier, je m'accuse moi-même. Je suis inondé de doutes. Dieu ne peut certainement plus écouter un être comme moi. Je ne vois plus aucune issue. Y a-t-il encore de l'espoir pour moi? »

Timide quête de secours

Monsieur Lang avait d'abord tenté de résoudre son problème tout seul. Pendant quelque temps, il prit des vitamines et fit davantage de sport. Rien n'y fit. Sa femme ne savait plus comment le reconforter lorsqu'il se plaignait de ses difficultés. Ses proches lui remirent un livre qui traitait des moyens de sortir de la dépression. Il s'efforça de prier davantage, confessa son apitoiement sur lui-même, et remercia Dieu pour ses épreuves. Mais les nuages ne disparurent pas. Même la prière de délivrance d'un pasteur renommé ne lui rendit pas la paix si ardemment désirée.

Monsieur Lang découvrait tant de péchés dans sa vie qu'il n'attendait rien du médecin. Il ne lui parla donc que des douleurs qu'il ressentait dans la région du cœur et lui cacha ses dispositions intérieures. L'électrocardiogramme s'avéra normal, et le médecin ne poursuivit pas ses investigations.

Le pasteur de l'église à laquelle appartenait le malade, après quelques entretiens avec lui, admit qu'il s'agissait sans doute d'une dépression grave, et me le recommanda.

Happy end? Pas du tout!

Pendant des mois, j'ai suivi le patient et lui ai administré des médicaments. Le chemin de la guérison fut jalonné d'obstacles. Des journées ensoleillées d'espoir étaient soudain réduites à néant par de nouveaux passages sombres. Mais les épais nuages exercèrent une influence de plus en plus faible sur l'humeur du malade. Pour reprendre une charmante expression de Monsieur Lang, de plus en plus s'ouvraient des «fenêtres de joie». Aujourd'hui, Monsieur Lang a repris ses occupations normales, et, ce qui est plus important encore, il lit de nouveau avec joie la Parole de Dieu et participe activement à la vie de son église. L'odyssée qui l'a conduit de médecin en psychiatre et d'ami en pasteur illustre bien le parcours de tous les dépressifs.

Les chrétiens semblent avoir plus de mal à comprendre ce qui leur arrive et à prendre les mesures qui s'imposent. Ils souffrent de ce que leur foi en Dieu, qui d'habitude illumine leur vie et l'oriente, se révèle alors incapable de leur épargner ce passage dans la sombre vallée.

Ils voudraient bien comprendre leur maladie à la lumière de la Bible. On ne leur facilite pas cette découverte, car dans leur état, ils ne cadrent pas avec l'image de chrétiens triomphants. Comment comprendre des êtres qui n'expérimentent pas toujours la joie, la paix et l'espérance, ces vertus pourtant recommandées par l'Écriture? Pire même: comment aider des personnes qui souffrent non d'un dysfonctionnement passager, mais de graves dépressions?

La plupart des ouvrages chrétiens traitent des dépressions que la psychiatrie classe parmi les légères ou les moyennes. Presque tous les conseils qu'ils prodiguent pour surmonter l'accablement passager sont judicieux, efficaces et bibliques. Mais, à l'exception de deux livres, je n'ai pas trouvé beaucoup d'aide pour les chrétiens qui souffrent de graves dépressions endogènes. Voilà pourquoi je consacrerai les deux chapitres suivants à indiquer:

- quels sont les critères permettant de reconnaître une dépression grave,
- quels sont les rapports entre la biochimie, le milieu environnant, la perception du vécu et le comportement,
- comment évoluent les dépressions graves,
- quels sont les effets de la dépression sur la vie spirituelle,

- comment bien entourer spirituellement un dépressif profond, et enfin
- comment bien collaborer avec le médecin traitant et le psychiatre.

A quoi reconnaît-on une dépression?

La dépression présente plusieurs facettes. Le voile noir qui la recouvre, avec ses multiples motifs enchevêtrés, assombrit le tableau.

C'est pourquoi, avant de considérer les formes, les causes et les traitements de la dépression, nous allons nous pencher sur les différents symptômes qui permettent en tout état de cause de poser un diagnostic sûr.

Le tableau 7-1 énumère tous les critères d'un épisode dépressif typique. Notez surtout l'élément durée. Pour affirmer que l'on se trouve en présence d'une dépression majeure, il faut qu'au moins quatre symptômes soient présents pendant deux semaines. Les dépressions légères, quant à elles, du-

Tableau 7-1: Critères d'une dépression majeure

A.	Perte d'intérêt et de joie à toute activité et divertissement. Humeur: dépressive, triste, mélancolique, abattue, irritable. Cependant, les brusques sautes d'humeur ne sont pas typiques d'une dépression.
B.	Le sujet doit présenter chaque jour et pendant deux semaines au moins quatre des symptômes suivants: <ol style="list-style-type: none"> 1. Perte ou gain significatif de poids en l'absence de régime, ou bien diminution ou augmentation de l'appétit 2. Insomnie ou hypersomnie 3. Agitation ou ralentissement psychomoteur 4. Perte d'intérêt ou de joie dans l'accomplissement des tâches habituelles ou diminution de l'activité sexuelle 5. Perte d'énergie ou fatigue 6. Sentiments d'indignité, d'auto-accusation ou de culpabilité excessive ou inappropriée 7. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer, et difficulté à prendre des décisions 8. Pensées récurrentes de mort, désir de mourir, idées suicidaires ou tentatives de suicide
C.	Si le patient manifeste des idées délirantes et un comportement étrange, non dépressifs, ou si la dépression s'est surajoutée à un trouble psychotique, il faut le plus souvent songer à une autre maladie.

rent généralement moins longtemps et ne présentent pas des signes aussi caractérisés. Une personne qui est abattue pendant quelques jours, sans pour autant cesser de travailler, et qui dort mal à cause de ses soucis, ne doit pas être considérée comme gravement dépressive. Il faut évidemment prendre ces symptômes au sérieux, car un léger accablement peut, avec le temps, dégénérer en dépression majeure.

Tous les symptômes physiques d'accompagnement figurent dans le tableau 7-2. Les deux tableaux prouvent à quel point l'âme et le corps, la psyché et le soma sont interdépendants. Lorsque le psychisme est atteint, c'est tout le système neuro-végétatif qui en pâtit. Les fonctions respiratoire, cardiaque et digestive sont modifiées, ce qui est leur manière à elles d'exprimer la détresse psychique de l'individu.

Tableau 7-2: Symptômes physiques de la dépression

<ul style="list-style-type: none"> - Céphalées, vertiges, gorge sèche - Boule dans la gorge, sentiment d'oppression - Suées, palpitations, éréthisme cardiaque, pseudo-angor - Douleurs épigastriques, ballonnements, constipation ou diarrhées - Besoins trop fréquents d'uriner, douleurs dans le bas-ventre, troubles sexuels - Perte générale d'énergie et absence d'entrain (pas nécessairement toujours présents)

Des questions précises permettent de mieux cerner la maladie. Voici un exemple de questions clés que le pasteur ou le médecin pourront poser:

- Etes-vous encore capable de vous réjouir?
- Vous intéressez-vous toujours à...? Cet intérêt est-il aussi vif qu'autrefois?
- Faites-vous preuve d'autant d'esprit d'initiative qu'il y a quelques semaines ou quelques mois?
- Vous sentez-vous constamment épuisé, sans ressort?
- Vous sentez-vous nerveux, tendu intérieurement, anxieux?
- Vous est-il difficile de prendre des décisions?
- Avez-vous des troubles du sommeil?
- Ressentez-vous des douleurs? Avez-vous l'impression d'avoir un poids sur la poitrine?
- Avez-vous peu d'appétit? Avez-vous maigri?

- Rencontrez-vous des difficultés dans votre vie sexuelle?
- Avez-vous tendance à ressasser les choses, ces derniers temps?
- Avez-vous parfois le sentiment que votre vie n'a plus de sens?

Les chrétiens se plaindront en outre qu'ils ne «se réjouissent plus dans le Seigneur», que la Bible est devenue pour eux un livre muet, et qu'ils ont toutes les peines du monde à prier. Ils n'ont plus l'assurance de leur salut et se sentent rejetés par Dieu à cause de leur faute. Ils craignent non seulement les autres et chaque situation inattendue de la vie quotidienne, mais aussi un Dieu-gendarme et vengeur, déformé par leur dépression. La dépression est souvent synonyme de rupture. Tout ce qui autrefois donnait un sens à la vie s'effondre et prive ainsi le malade d'un point d'appui. La foi n'est pas épargnée; elle passe par une terrible crise. La dépression jette son voile sombre, non seulement sur les événements de la vie quotidienne, mais aussi sur l'expérience de la présence de Dieu.

Tous ces symptômes peuvent survenir à des degrés divers et prendre toutes les nuances du gris. Pour pouvoir apprécier le niveau de la dépression, on peut se servir de l'inventaire proposé par Beck (Questionnaire de Dépression de Beck QDB, peut être téléchargé de l'internet - LINK). Une personne qui obtient moins de 11 points est plus ou moins »normale«; entre 12 et 19 points, elle est légèrement dépressive, entre 20 et 26 points, elle présente les caractéristiques d'une dépression moyenne, et au-dessus de 26 points, le malade est atteint d'une dépression majeure, sous réserve toutefois qu'il ait présenté ces symptômes pendant au moins deux semaines.

Les formes de la dépression

Les dépressions peuvent revêtir les formes les plus variées (cf. figure 7-1).

Elles vont des formes purement somatiques jusqu'à des formes qui sont l'expression psychique de réactions malades aux circonstances extérieures, telles que la perte de bien-aimés ou de choses importantes.

La figure montre les deux composantes de toute dépression, à savoir la composante somato-biochimique (endogène) et la composante psycho-réactive (psychogène).

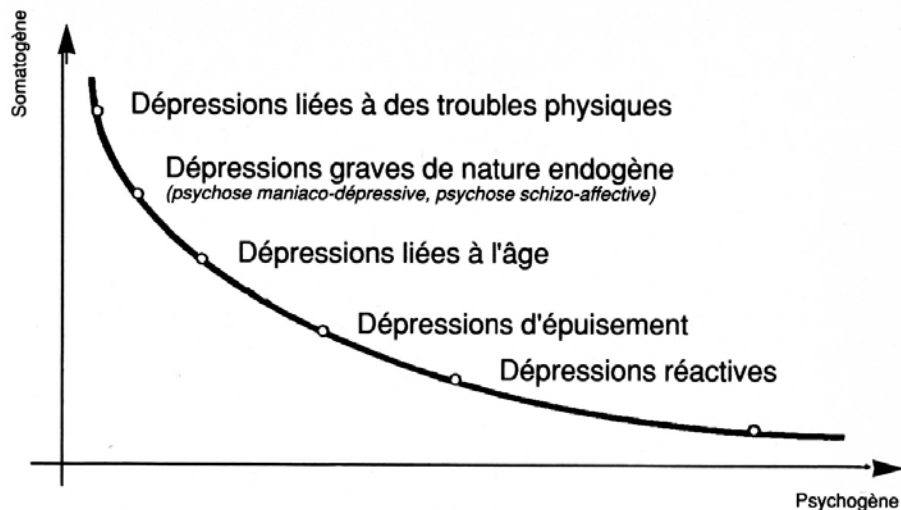
Les dépressions consécutives à des lésions cérébrales, à des encéphalites ou à des hémorragies cérébrales affectent essentiellement les parties organiques de l'individu. Les dépressions prononcées peuvent aussi être la conséquence d'une maladie qui a affaibli l'organisme. Il n'est pas rare qu'une personne qui sort d'une forte grippe ou d'une longue hépatite présente des signes dépressifs

durables. On parle alors d'une dépression symptomatique.

En psychiatrie, on définit la dépression schizo-affective comme une perturbation qui survient dans le cadre d'une souffrance psychotique ou schizo-phrène (voir chap. 9 à 11). On ne peut poser un diagnostic qu'après une observation prolongée. Il s'agit dans tous les cas de formes majeures de dépression, dans lesquelles la perception de la réalité est sérieusement perturbée.

Je reviendrai ultérieurement sur les dépressions unipolaire et bipolaire. La dépression tardive désigne celle qui survient vers la fin de la vie et qui est causée par le vieillissement du cerveau. Il est plus difficile de classer les dépressions névrotiques. Ceux qui en sont atteints souffrent de troubles psychiques en partie provoqués par d'autres personnes. On dit souvent que ce sont des événements mal vécus pendant l'enfance ou l'adolescence qui déclenchent ces dépressions, mais on constate avec l'âge que des patients s'adaptent moins bien à la vie et qu'ils sont beaucoup plus sensibles aux maladies réelles ou imaginaires. Ce ne serait pas faire justice à ces malades de prétendre que leur dépression est une réaction mauvaise, voire coupable. La figure montre bien que dans ce cas aussi des facteurs génétiques interviennent et font que le malade réagit moins bien face aux vicissitudes de la vie.

Figure 7-1: Les formes de la dépression (d'après Kielholz)

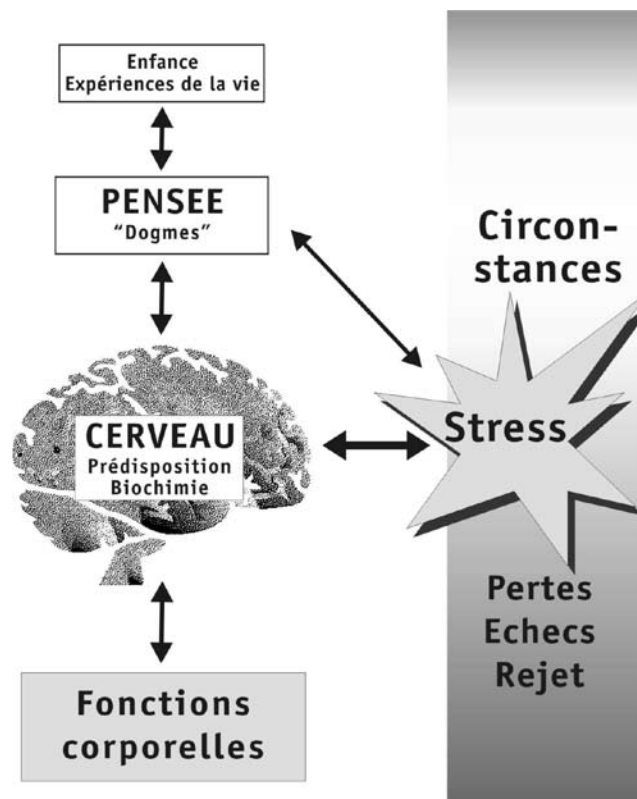


Comment survient une dépression?

Il existe plusieurs théories sur les causes des dépressions. Dans ce chapitre, je me limiterai délibérément à indiquer au lecteur ce qui est scientifiquement établi de nos jours, et à ce que tout responsable de la relation d'aide peut observer dans ses contacts avec des personnes dépressives.

Le schéma ci-dessus fait clairement apparaître les différentes formes de la dépression. Mais on ne peut pas différencier aussi nettement qu'on le voudrait les causes externes des causes internes, et le corps de l'âme. Ces facteurs s'influencent mutuellement. J'ai essayé de représenter ces relations dans la figure 7-2.

Figure 7-2: L'origine de la dépression



C'est intentionnellement que le cerveau a été placé au centre de cette représentation, car c'est lui qui commande les phénomènes qui aboutiront à la dépression. Nous avons considéré la merveille qu'est le cerveau humain (voir chap. 3) et entrevu le rôle joué par la biochimie dans l'apparition de troubles psychiques. Nombreux sont ceux qui, dans le métabolisme de leur cerveau, ont une déficience innée (appelée aussi prédisposition) qui les rend vulnérables à des agressions extérieures. S'ils passent alors par une période de stress, ils risquent de réagir par une dépression.

Le corps est étroitement lié à l'âme. Ce sont souvent chez les jeunes que les dépressions s'accompagnent le plus de troubles organiques. Inversement, des maladies physiques peuvent provoquer des dépressions. Chez les personnes plus âgées, l'état des vaisseaux sanguins et du cœur joue un rôle primordial. Le cerveau humain, pour bien fonctionner, a besoin d'être abondamment irrigué, et par là d'être enrichi par un apport d'oxygène. L'hypertension artérielle, l'artériosclérose et l'insuffisance cardiaque entraînent une diminution de la quantité d'oxygène qui parvient aux neurones, et peuvent ainsi engendrer des dépressions. Un traitement adéquat qui s'attaque aux causes de telles dépressions les fait totalement disparaître.

Il existe aussi une corrélation étroite entre la pensée et la biochimie cérébrale. Le dysfonctionnement de la biochimie cérébrale atténuée, en raison de la dépression, l'aptitude à se réjouir et à voir le monde sous un angle optimiste. Mais la tournure de pensée et les dispositions spirituelles d'un individu influencent, elles aussi, sa perception du monde.

Dépressions mineures et moyennes

Dans le cas de dépressions mineures ou moyennes, c'est la manière de réagir aux circonstances hostiles qui est prépondérante. La manière dont une personne fait face à un deuil ou à une difficulté dépend de sa tournure d'esprit, de sa façon de jauger une expérience.

Ses réserves psychiques jouent également un rôle important. Des événements pénibles, tels que la mort soudaine d'un ami, mais aussi des tensions durables, comme le stress d'un examen ou les problèmes conjugaux, peuvent mettre les nerfs à vif au point d'épuiser le cerveau de ses substances biochimiques. Un voile sombre recouvre alors toute la vie affective du sujet qui commence à tout voir en noir, lui-même, son environnement et son avenir.

Les états dépressifs d'épuisement surviennent rarement par hasard. La dépression doit être perçue comme un signal d'alarme: «Attention, tu pré-

sumes trop de tes forces! Tu exiges trop de toi-même!» Ou encore: «Pourquoi ne peux-tu pas encaisser ce revers? Qu'est-ce qui domine principalement tes pensées? Sur quoi fondes-tu ton appréciation de toi-même?» On remarque que dans le cas des dépressions mineures, les pensées négatives accentuent la dépression. La foi chrétienne modifie radicalement la façon de voir les choses; elle l'oriente vers le positif, elle communique de l'espoir, elle console, réconforte et dirige le regard vers le haut. C'est pourquoi la foi peut être d'un secours appréciable pour sortir d'un état dépressif.

La dépression arrache l'homme à son train-train quotidien et le plonge dans une réflexion sur le sens véritable de sa vie. La crise dépressive peut donc être l'occasion rêvée pour un nouveau départ dans la vie.

Dépressions majeures, endogènes

Mon rôle de psychiatre me met en présence de personnes qui, sans raisons apparentes, souffrent de dépressions majeures, lesquelles vont bien au-delà des dépressions courantes. 1,3% de la population souffre, à un moment ou à un autre, de dépression majeure. Le risque de sombrer une fois dans une dépression majeure au cours de sa vie est estimé de 5 à 10% selon les auteurs.

Les victimes ont l'impression d'être enveloppées de ténèbres morales après avoir vécu dans l'éclat de la lumière céleste. «J'ai pourtant tout ce que je pouvais souhaiter, me confia une malade. J'ai un gentil mari, trois charmants enfants bien éveillés. Sur le plan matériel, nous sommes comblés; nous n'avons aucune raison de nous faire du souci. Nous sommes tous les deux croyants et participons activement à la vie de notre communauté. Je n'arrive pas à comprendre pourquoi je me sens soudain si abattue, si anxieuse et sans ressort.»

Une autre femme, plongée dans une dépression majeure à la suite de la naissance de son troisième enfant, se plaignit: «Je devrais pourtant me réjouir de la venue de ce bébé, mais j'ai le sentiment d'être une bonne à rien. Je ne peux que causer du tort à cet enfant. Il aurait mieux valu que nous mourions tous les deux.»

La connaissance du vécu ne suffit généralement pas pour expliquer l'origine de telles dépressions majeures. Il est vrai que les personnes ci-dessus n'avaient pas connu que des journées ensoleillées. Mais qui peut affirmer n'avoir vécu que des jours heureux? Dans le cas de ces patientes, les causes ayant entraîné les dépressions sont sans aucun rapport avec la gravité de leur état. Il se trouve souvent dans l'entourage de telles personnes des proches qui

souffrent de mélancolie ou qui se sont suicidés. À côté de l'humeur triste, les sujets présentent généralement des symptômes évidents, tels que des troubles du sommeil ou d'autres maux physiques, comme ceux décrits dans les tableaux 7-1 et 7-2. Le médecin pense alors en premier lieu à une origine endogène et biochimique de la dépression.

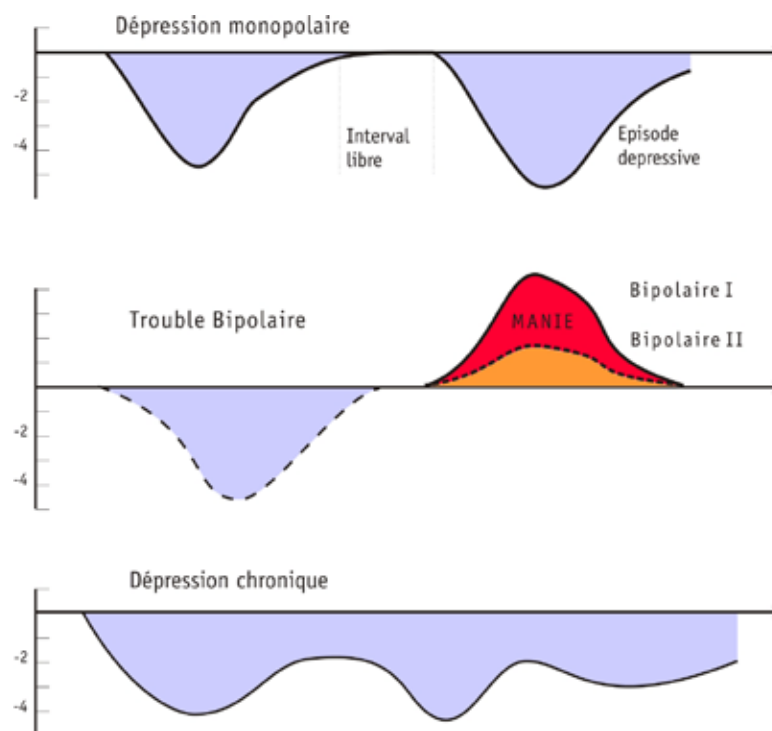
Evolution des dépressions endogènes

Les dépressions endogènes peuvent évoluer de trois manières différentes. Dans le premier cas, elles se présentent sous la forme d'épisodes dépressifs qui peuvent durer des semaines et des mois, séparés par des périodes de répit au cours desquelles le sujet mène une vie normale, pense d'une façon saine et ressent les choses comme tout le monde. Le psychiatre parle alors d'une dépression monopolaire. Dans cette catégorie figure le cas de personnes qui n'ont présenté qu'un seul épisode.

Dans le deuxième cas, la courbe présente, non seulement des épisodes dépressifs vers le bas, mais aussi des épisodes d'excitation. Aux phases négatives succèdent des phases «positives». Le patient a l'impression d'être délivré de sa condition insupportable, mais il tombe dans un comportement de type maniaque: excitation, agitation, euphorie naïve, etc. On parle alors de psychose maniaco-dépressive ou de dépression bipolaire.

Enfin, dans le troisième cas, on est en présence d'une dépression chronique. Elle dure plus de deux ans et les médicaments ne sont pas très efficaces. On estime que 10 à 20 pour cent des dépressifs sont atteints de dépression chronique. Il ne s'agit pas nécessairement de dépressions majeures graves. Une dépression majeure moyenne peut, elle aussi, être terriblement éprouvante quand on ne voit jamais le bout du tunnel. Les malades atteints de dépression chronique rencontrent généralement peu de compréhension de la part de leur entourage, ce qui les pousse davantage encore à se replier sur eux-mêmes.

Figure 7-3: Evolution des dépressions majeures sévères



Idées dépressives délirantes

Les idées délirantes constituent un symptôme particulièrement déconcertant des dépressions majeures. Le patient ne voit pas le monde seulement à travers les verres sombres de sa maladie, il perd aussi complètement le contact avec la réalité.

Je me souviens d'un homme âgé qui avait été hospitalisé en raison d'une dépression endogène majeure. Il était persuadé d'avoir perdu toute sa fortune. D'une voix désespérée, il me dit: «Je n'ai plus rien. Je suis pauvre comme Job. Je ne peux plus subvenir aux besoins de ma famille. Ma femme est obligée d'errer en haillons dans les rues de la ville. Moi-même, je n'ai plus rien à me

mettre sur le dos.» Cet homme exprimait des idées délirantes de ruine. Il existe d'autres idées délirantes liées à l'état dépressif majeur:

- les idées délirantes de forme hypochondriaque: le malade est convaincu qu'il est atteint d'une maladie incurable;
- les idées délirantes d'auto-accusation et de reproche: le malade s'accuse d'avoir commis des choses graves pour lesquelles il doit être puni. Un patient crut avoir ruiné la clinique parce qu'il n'avait pas touché à son repas. Il s'attendait à être puni.
- les idées délirantes d'indignité: le patient est persuadé d'avoir complètement raté sa vie. Tout ce qu'il a accompli autrefois n'a plus aucune valeur. En comparaison des autres, il n'a rien à faire valoir. Il a échoué dans ses devoirs envers sa famille, son employeur et l'Etat. Une jeune femme se plaignit en ces termes: «Je ne sais même pas comment fonctionne un poste radio! Ma vie n'a plus aucune valeur!»

Idées délirantes de culpabilité et de péché

Il existe enfin une autre forme du délire dépressif, qui touche plus particulièrement les chrétiens. Il s'agit du délire de culpabilité. «Ma faute s'érige comme un mur entre Dieu et moi, me déclara une femme. Je suis une mère indigne; je ne sais pas cuisiner; je ne suis pas assez joviale; j'ai peur des gens. Je crie à Dieu, mais il ne m'écoute pas. J'essaie de me raccrocher à une promesse, mais Dieu ne peut certainement plus accepter une loque comme moi.»

Il y a des gens qui ont de bonnes raisons d'être contrits et qui, en raison de fautes réelles, sont victimes de dépressions, généralement du type réactif et donc légères. Ce n'était pas le cas de cette femme. Il n'y avait pas de péchés, aussi insignifiants fussent-ils, que cette femme n'ait pas confessés maintes et maintes fois. Malgré cela, le sentiment de sa faute subsistait comme une énorme montagne devant elle. Lorsque le lait débordait, elle y voyait une confirmation de son rejet; elle se lamentait d'avoir commis un grand péché si elle avait omis de souhaiter l'anniversaire de sa sœur à la bonne date. Ce délire n'a donc rien à voir avec une authentique confession de péché. Il est la manifestation d'un état maladif.

Peut-être vous demandez-vous: «Que faire lorsque quelqu'un présente un délire dépressif? Comment venir en aide à celui qui souffre du délire de ruine?» J'aborderai en détails dans le chapitre suivant le traitement de la dépression, mais on peut d'emblée souligner un grand principe: la patience,

énormément de patience. Toute tentative pour convaincre le malade du contraire aboutit à une consolidation de ses idées malades. Lorsque la dépression régresse, les idées délirantes s'estompent et disparaissent.

Dans de nombreux cas, de telles idées subsistent et tourmenteront le malade jusque dans sa vieillesse. Le sujet aura donc un grand besoin de compréhension et d'un suivi patient de la part de son médecin et de son pasteur.

La manie: de la joie à l'extase

Le fait d'émerger des flots sombres de la mélancolie est un événement extraordinaire pour les malades atteints de dépression majeure. Ils le comparent à «des chaînes qui tombent» ou à «une nouvelle vie». Mais chez beaucoup d'individus, le balancier va à l'autre extrémité, la dépression vire à la manie. On reconnaît cet état à l'humeur gaie du malade, à son dynamisme accru et à sa façon de penser beaucoup plus rapide.

Voici ce qu'écrivit une femme au début de son accès maniaque:

«Je me sens en ce moment comme la Nature. Après une longue période d'hibernation, partout la vie se manifeste: l'apparition des bourgeons et le chant des oiseaux saluent la venue des jours ensoleillés et chauds. C'est une nouvelle année, avec son printemps en fleurs, ses vertes prairies, ses torrents mugissants et ses fleuves majestueux...»

Mais la joie se transforma bientôt en excès cauchemardesques! Elle dépensa des sommes folles pour de nouvelles robes aux couleurs criantes, car elle estimait que les vêtements du temps de sa dépression ne pouvaient plus convenir à sa nouvelle condition de femme heureuse et joyeuse. Dans son insatiable désir de travailler, elle se levait dès quatre heures du matin pour ne se coucher que tard dans la nuit, vers une heure. Cela ne la dérangeait pas que ses voisins de palier se plaignent de la musique bruyante de son poste radio. Dans cet état d'euphorie, elle perdit toute notion de juste distance à maintenir, et se lia avec des hommes totalement étrangers. La femme autrefois réservée, décente et calme parlait sans arrêt, n'hésitant pas à téléphoner à ses connaissances à toute heure du jour et de la nuit pour leur dire combien elle se sentait heureuse. Son comportement finit par tellement indisposer son entourage qu'elle dut être hospitalisée dans une clinique.

L'épisode maniaque est l'opposé de l'épisode dépressif. Le malade, qui dans sa phase dépressive n'avait aucune force, a désormais de l'énergie à revendre. Les soucis et les craintes qui paralysaient autrefois sa vie se sont évanouis; le sujet ne voit plus ni problèmes ni danger. Autrefois désireux de se cacher dans un trou de souris, il voudrait aujourd'hui embrasser le monde

entier. S'il éprouvait jadis un grand sentiment d'indignité et de culpabilité, il est généralement incapable aujourd'hui de savoir ce qu'est la honte et le péché, bien qu'il adopte souvent des attitudes équivoques sinon franchement immorales.

Les proches souffrent terriblement du comportement d'un conjoint ou d'un enfant qui traverse une phase maniaque. Il arrive que des parents, ne sachant plus que faire, finissent par interdire la maison à leur fils «jusqu'à ce qu'il se conduise à nouveau en homme raisonnable». De nombreux couples se séparent à cause du comportement du conjoint en accès maniaque. La femme d'un homme qui traversait son épisode maniaque m'écrivit: «C'est pour moi un véritable calvaire; je ne sais plus ou donner de la tête; je souhaiterais presque quitter mon mari. Mais en ai-je le droit? Je prie sans cesse et demande au Seigneur d'opérer un miracle et de me montrer clairement ce que je dois faire, mais j'en suis toujours au même point...»

Nous avons examiné les formes, les causes et l'évolution des dépressions endogènes. Les questions qui vous viennent à l'esprit sont sans doute celles-ci: Y a-t-il de l'espoir pour les personnes gravement dépressives? Y a-t-il de l'espoir pour les maniaques? Y a-t-il de l'espoir pour les proches qui souffrent? Je répondrai par un «oui» plein de confiance. J'aborderai dans le chapitre suivant les possibilités de traitement et le suivi spirituel des dépressifs et de leurs proches.

8 Les dépressions majeures: thérapie et relation d'aide

Il ne faut pas considérer les dépressions comme une fatalité. Le médecin et le pasteur doivent entretenir l'espoir d'une amélioration chez les personnes gravement dépressives. Même si le dépressif, de son point de vue, n'aperçoit aucune issue à la sombre vallée qu'il traverse, on peut lui garantir avec force qu'il existe des moyens de sortir de la dépression et que même l'obscur passage peut contribuer à une bénédiction future et à une plus grande maturité.

Dans le chapitre précédent, j'ai montré comment les divers facteurs interviennent pour engendrer une dépression. Le traitement lui aussi visera à combattre les souffrances sur différents plans. Nous avons regroupé dans quatre sphères principales les lieux où se développe la dépression:

- le domaine de la pensée et de la foi
- le stress extérieur (deuil, rejet, échec, etc.)
- les réactions et troubles physiques
- la biochimie du cerveau

En conséquence, on pourrait attaquer la dépression avec quatre moyens différents:

- le dialogue
- l'aide et le soutien pratiques
- l'activation générale et le traitement des souffrances physiques
- les médicaments

Toutes ces approches thérapeutiques se complètent mutuellement. Aucune ne devrait être envisagée sans les autres. Dans le cas de dépression légère, on peut se passer de traitement médicamenteux, dans celui de dépression ma-

jeure grave, il faut toujours faire appel au médecin.

Les dépressions ne sont pas seulement des crises affectives; elles traduisent souvent des crises spirituelles. C'est pourquoi il est indispensable de compléter le traitement médical par une thérapie de nature spirituelle, dont les effets seront d'autant plus heureux que le pasteur saura mieux sur quels points il devra faire porter son attention, et qu'il connaîtra mieux les limites de son domaine d'intervention.

Conseils utiles pour orienter un dialogue

L'accompagnement des personnes très dépressives exige beaucoup de patience et de tact de la part du médecin et du pasteur. Ces vertus sont absolument indispensables dans les entretiens avec des malades dépressifs. Voici sept recommandations importantes pour le bon déroulement d'un entretien:

1. Acceptez le malade dépressif tel qu'il est, avec sa maladie et sa détresse; montrez-lui que vous êtes disposé à vous tenir à ses côtés pendant ses moments difficiles.
2. Evoquez avec lui les événements qui ont déclenché sa dépression; laissez-le raconter sa vie et vider son cœur.
3. Soulignez l'évolution favorable de sa maladie; au bout d'un certain temps, la plupart des dépressions régressent.
4. Expliquez-lui les différents traitements possibles; s'il s'agit d'un malade gravement dépressif, confiez-le au médecin.
5. Réconfortez le malade; parlez-lui de l'amour de Dieu, même s'il ne le ressent que très peu dans sa situation présente. Lorsque sa dépression s'atténuera, sa foi s'éveillera. Les Psaumes et d'autres passages bibliques contiennent des promesses particulièrement bien adaptées à la situation du patient.
6. Avertissez le patient qu'il sera parfois sujet à des variations d'humeur. Je dis souvent à mes malades: «Le chemin de la guérison d'une dépression est parsemé de nids de poules, mais il conduit inexorablement vers le haut et vers la lumière.»
7. Ayez de la patience. Fixez-vous des objectifs successifs modestes, de manière à ce que le patient puisse expérimenter des améliorations, aussi petites soient-elles. N'exigez pas trop en une seule fois! Sachez que les personnes très dépressives sont si limitées qu'elles ont du mal à s'emparer des consolations spirituelles.

Erreurs à éviter

L'entretien avec des personnes dépressives comporte des tentations et des pièges qu'il faut éviter. Voici les principales erreurs dont il vaut mieux être averti:

Exhorter le malade à se ressaisir. Les gens dépressifs sont déjà sous pression et souffrent de leur incapacité à faire quoi que ce soit. C'est pourquoi le pasteur qui ajoute une contrainte, même avec l'appui de versets bibliques, ne leur est d'aucune aide. On ne peut pas forcer quelqu'un à se réjouir.

Lui suggérer de partir en cure ou en vacances. Le patient a déjà beaucoup de mal à établir des relations avec son entourage dans son cadre normal, à jouir des belles choses et à remplir ses journées par des initiatives personnelles. Or, c'est précisément ce qu'on exige de lui - de plus, dans un cadre étranger - si on l'envoie se reposer dans un établissement de cure ou de repos. C'est au-delà de ses forces.

L'encourager à prendre des décisions importantes. Dans sa dépression, le malade est incapable d'analyser sainement ses conditions de vie. Il voit tout comme dans un miroir déformant. Ses problèmes prennent des proportions gigantesques, et il sous-estime ses capacités. Les décisions prises pendant l'épisode dépressif sont souvent malheureuses, et le malade les regrette après coup.

Prétendre que son état s'est déjà amélioré. Le pasteur ou l'ami chrétien a du mal à accepter que l'état du dépressif reste stationnaire pendant des semaines. Il est alors tenté de l'encourager à bon compte. C'est néfaste, car le malade sent alors qu'il n'est pas pris au sérieux. Il vaut mieux reconnaître qu'il est toujours dans le sombre val et l'assurer de la présence de Dieu au sein même de son obscurité.

Douter de ses idées délirantes. Beaucoup souffrent du sentiment de culpabilité et d'indignité. Aucun argument ne peut les en affranchir. Toute tentative de prouver le contraire amène le malade à s'ancrer davantage dans son jugement dépréciateur. Dans ce cas, le pasteur doit faire preuve de patience à l'égard du malade et l'assurer avec conviction que lui l'estime pour ce qu'il est, et que chacun a du prix pour Dieu. Je laisse souvent à mes patients cette parole de l'apôtre Jean: «De quelque manière que notre cœur nous con-

damne: Dieu est plus grand que notre cœur et connaît tout.» (1 Jn 3:20) Je mets ainsi fin à l'entretien, et propose une date pour un nouveau rendez-vous. Le malade a besoin de temps pour assimiler ce qu'il a entendu, même s'il oppose encore beaucoup de «si» et de «mais».

Trop céder à la sensibilité dépressive. Le dépressif est souvent complètement prisonnier de ses soucis et de ses craintes. On est donc tenté de se laisser entraîner dans ce monde lugubre sans se demander ce que le malade est encore capable d'accomplir par lui-même et sans rechercher ce qui le soutient. Les Psaumes projettent une lumière sur le juste équilibre. Que de fois le «Mais Dieu...» fait irruption dans la détresse personnelle de celui qui prie, et oriente son regard vers les cieux (cf. Ps 73:23).

Trop surcharger spirituellement le malade. Dans un entretien, la Parole de Dieu doit agir comme du sel sur un mets délicat. Sans allusion aux affirmations bibliques, la relation d'aide se réduit à un bavardage insipide. Mais lorsque le support des faits et gestes de la vie quotidienne manque, comme c'est le cas chez les dépressifs, les versets bibliques risquent de trop saler l'entretien. Ils peuvent même procurer au patient le sentiment qu'il est incapable de recevoir la Parole de Dieu et donc d'accentuer son impression de rejet.

La personne profondément dépressive est tentée, lorsqu'elle lit et étudie la Bible, de trier et de s'approprier les pensées qui vont dans le sens de sa perception négative et pessimiste des choses. Les merveilleuses promesses ne peuvent qu'éveiller en lui le sentiment de ne plus s'appliquer au pécheur coupable qu'il est. Et son doute grandit.

C'est pourquoi je conseille délibérément aux personnes gravement dépressives de ne pas se plonger dans l'étude de la Bible, mais de lire un seul verset, de préférence commenté sur un feuillet de calendrier ou dans un livre de méditations quotidiennes. L'amour de Dieu ne dépend pas du nombre de chapitres que les malades lisent, ni du nombre d'heures qu'ils ont passées dans la prière. Dieu nous tient dans sa main, même lorsque nous-mêmes n'avons plus la force de nous agripper à lui.

Secours pratique et activation

Il est rare que les entretiens suffisent. Le pasteur doit être prêt à quitter les hautes sphères des affirmations spirituelles pour se mettre au ras des pâquerettes et répondre aux préoccupations quotidiennes terre-à-terre du patient et lui offrir une aide pratique. Il envisagera par exemple de décharger de certaines tâches une femme déjà écrasée par son labeur, ou de la libérer pour un temps de ses enfants en les confiant à une famille d'accueil ou un centre de vacances. Il proposera à un homme dépressif de déléguer provisoirement ses responsabilités dans tel club à un ami, en attendant qu'il recouvre une santé suffisante.

Il est souvent utile d'inviter les proches afin d'envisager avec eux les moyens de décharger le ou la malade. Ainsi, la maman d'une jeune femme dépressive viendra par exemple deux jours par semaine pour s'occuper de la lessive et du repassage. Le mari lui-même mettra la main à la pâte et prendra une part plus grande dans les tâches ménagères. De la sorte, les différents travaux que la malade ne peut plus accomplir seront répartis entre plusieurs.

Lorsqu'il sera sur la voie de la guérison, le malade devra être activé progressivement. Etablissez avec lui un programme pour la journée et encouragez-le à faire de petits travaux. Des promenades régulières et un peu de sport favorisent la circulation sanguine et ont donc des effets bénéfiques sur la dépression. Avec le temps, le malade commence de lui-même à reprendre goût à des activités nouvelles. Plus la dépression s'estompe, plus l'individu se sent libre de s'adonner à des activités comme auparavant et à se réjouir des résultats obtenus.

L'aide des médicaments

Depuis une trentaine d'années environ, la médecine dispose de médicaments susceptibles de modifier le cours des dépressions. On pense que ces médicaments agissent à l'endroit où s'effectue le transfert des impulsions nerveuses, et contribuent ainsi à de nouvelles réactions équilibrées de la biochimie cérébrale. Mais de nombreuses questions restent encore sans réponse, et les recherches doivent s'intensifier.

Les médicaments ne sont pas indispensables à tous les dépressifs. Dans le cas de dépressions légères et moyennes on peut se dispenser d'un traitement médicamenteux, à condition que les malades participent régulièrement à des entretiens. Des études ont montré que dans ces cas, les symptômes de

la maladie disparaissent sensiblement aussi vite, que le malade ait pris des antidépresseurs ou non. Le traitement par antidépresseurs n'a pas de sens non plus chez des personnes très âgées, chez lesquelles la dépression est le résultat de l'artériosclérose.

En revanche, lorsqu'il s'agit de dépressions majeures graves, les médicaments modernes constituent une aide très efficace pour accompagner et faciliter les entretiens avec le malade. Souvent, le traitement médicamenteux améliore l'état du patient au point que celui-ci accepte les conseils du médecin et du responsable spirituel. En utilisant les antidépresseurs, le médecin vise les résultats suivants:

- diminuer la nervosité et la crispation intérieures;
- atténuer les sentiments d'anxiété qui paralysent le malade;
- éliminer l'humeur triste;
- faire retrouver au malade un sommeil suffisant;
- augmenter sa résistance physique aux pressions quotidiennes;
- empêcher une rechute dans le cas de dépressions endogènes récurrentes et de psychoses maniaco-dépressives.

Pour atteindre ces buts, le médecin dispose d'une palette étendue d'antidépresseurs efficaces. Il en choisira un en fonction de l'état du malade, au terme de son observation clinique. Est-il agité, anxieux et insomniaque? Ou bien se sent-il faible et sans ressort? Manifeste-t-il une tristesse excessive ou se plaint-il d'avoir des sentiments totalement émoussés? Selon le cas, le médecin lui prescrira un anxiolytique ou un thymoanaleptique, ou encore un inhibiteur de la monoamine-oxydase.

L'effet des antidépresseurs ne se fait pas sentir tout de suite, mais seulement au bout de cinq à dix jours.

Il faut néanmoins prendre ces médicaments régulièrement dès le début afin de doter le cerveau d'une quantité suffisante de substances agissantes.

J'utilise l'illustration suivante pour faire comprendre à mes malades le décalage entre la prise des médicaments et les effets perceptibles: «Imaginez-vous un énorme barrage dont la digue est fissurée. L'eau s'est échappée par les fentes, la réserve d'eau est épuisée, exactement comme l'est votre énergie en ce moment. Les antidépresseurs colmatent les brèches, mais il faudra un certain temps avant que les réserves d'eau soient reconstituées pour pouvoir entraîner les turbines et redonner de l'énergie.»

Mais il ne serait pas raisonnable d'attendre une semaine les effets d'un médicament. C'est pourquoi on complète généralement le traitement antidé-

pressif par des tranquillisants et des somnifères. Les patients sont très reconnaissants de pouvoir enfin passer de bonnes nuits et de voir s'atténuer leurs tensions internes.

Les effets secondaires des antidépresseurs dépendent à la fois de leur nature et de la dose prescrite. La plupart des malades supportent le traitement sans gros problèmes. D'autres, par contre, éprouvent un phénomène d'accoutumance qui masque les effets secondaires. On associe souvent au traitement antidépresseur un traitement contre la constipation et contre la sécheresse buccale. Si les effets secondaires devaient être gênants, il conviendrait de remplacer le traitement initial par un autre qui présenterait moins d'effets indésirables.

Dans le traitement des dépressions, on note la part grandissante que prend le lithium. Ce sel minéral élémentaire, s'il est absorbé régulièrement, est en mesure de prévenir les rechutes de dépressions majeures graves ou de psychoses maniaco-dépressives.

La raison réside sans doute dans le fait que le lithium stabilise la conductibilité électrique des neurones. De nombreuses personnes, qui souffraient autrefois de rechutes dépressives ou d'épisodes maniaques, en sont aujourd'hui totalement affranchies et mènent une vie normale, grâce au lithium.

Les antidépresseurs, modifient-ils la personnalité?

Des laïques et des théologiens me demandent très souvent si les antidépresseurs et les tranquillisants ne modifient pas la personnalité d'un être, et par conséquent s'il ne faut pas les proscrire, d'un point de vue purement chrétien. Mon observation m'a convaincu du contraire: c'est la dépression qui modifie le comportement d'un homme et le plonge dans l'abattement, le doute, la nervosité et l'anxiété, qu'il ne connaîtrait pas autrement. Les médicaments ont pour but de l'amener à penser et sentir à nouveau comme lorsqu'il était en bonne santé.

De nombreux malades se plaignent d'avoir été moins sensibles pendant la période où ils ont absorbé les antidépresseurs. Mais il est difficile de savoir si cette relative insensibilité est due aux médicaments ou à la dépression elle-même.

Je suis personnellement convaincu que les médicaments psychiatriques modernes peuvent aussi aider efficacement les chrétiens à sortir de leurs dépressions, s'ils sont associés à des entretiens réguliers et à d'autres formes d'aide concrète et pratique.

Discerner le risque de suicide

Ce chapitre sur le traitement et le suivi des malades dépressifs serait incomplet si je n'abordais pas les moyens de discerner et de traiter les risques de suicide.

Les pensées de mort et de suicide font partie de la panoplie des symptômes de la dépression majeure. Ces idées deviennent dangereuses si le dépressif se sent de plus en plus oppressé et abandonné. Au début, il souhaite pouvoir s'endormir et ne plus jamais se réveiller. Mais peu à peu cette idée fait place à une réflexion sur les moyens de mettre fin à sa vie. Si l'état se resserre au point qu'il ne voit plus d'issue à sa situation, souvent ses pensées le harcèlent tellement qu'il ne voit plus comment leur échapper.

Pour de nombreux chrétiens, il n'est pas facile de confesser de telles pensées. Ils craignent les réactions de leurs frères et sœurs dans la foi et ont peur de se voir condamner, car on leur a toujours enseigné «qu'un chrétien ne nourrit jamais une idée de suicide». Certains pasteurs estiment que de telles pensées sont le reflet d'une consécration incomplète à Dieu, voire même d'une possession démoniaque. Or, en adoptant cette attitude, on risque d'enfoncer encore un peu plus le malade dans son trou noir.

C'est pourquoi il est important de détecter à temps le danger réel de suicide chez une personne dépressive. Voici quelques questions qui sont à même de guider le responsable spirituel:

<i>Idée de suicide:</i>	Avez-vous déjà songé à mettre fin à vos jours?
<i>Préparatifs:</i>	Comment vous y prendriez-vous? Avez-vous déjà imaginé un plan? (Plus les détails sont précis, plus le risque est grand.)
<i>Obsessions:</i>	Y pensez-vous d'une manière consciente, ou bien les pensées de suicide échappent-elles à tout contrôle? (L'idée obsessionnelle du suicide est plus dangereuse.)
<i>Information:</i>	Avez-vous déjà fait part à quelqu'un de vos projets? (Toujours prendre au sérieux les menaces de suicide.)
<i>Limitation:</i>	Portez-vous aux choses moins d'intérêt qu'autrefois? Le champ de vos pensées s'est-il rétréci? Vos contacts sociaux sont-ils moins nombreux et moins profonds?
<i>Agressivité:</i>	Eprouvez-vous contre quelqu'un de violents sentiments d'agressivité que vous étouffez au prix d'efforts surhumains? (De tels sentiments peuvent se tourner contre soi-même.)

Bill Blackburn a publié un livre, «Ce que vous devez savoir au sujet du suicide». L'auteur y examine la question du suicide d'un point de vue chrétien. Avec beaucoup de tact, il aborde les difficultés que rencontrent les malades, ainsi que les souffrances qu'ils font subir à leurs proches et à leurs conseillers spirituels. Je ne livre ici que quelques conseils de médecin. Le tableau suivant énumère les facteurs de risques de suicide chez des personnes dépressives:

Tableau 8-1: *Quand y a-t-il risque sérieux de suicide?*

A.	Indications suicidaires proprement dites
	1. Précédentes tentatives ou menaces de suicide
	2. Cas de suicide dans la famille ou dans l'entourage
	3. Pulsions suicidaires directes ou indirectes
	4. Plan précis ou préparatifs précis en vue d'un suicide
	5. Un calme inhabituel après un temps d'agitation ou une discussion sur le suicide
	6. Rêves d'autodestruction, de chute vertigineuse ou de catastrophe
B.	Causes liées à des maladies particulières
	1. Début ou fin de phases dépressives
	2. Caractères anxieux et agités
	3. Insomnies prolongées
	4. Moments de crise biologique (puberté, maternité, ménopause)
	5. Profonds sentiments de culpabilité ou d'échec
	6. Maladies de longue durée ou incurables
	7. Délire de la maladie
	8. Alcoolisme et pharmacomanie
C.	Causes liées au milieu environnant
	1. Enfance vécue dans un milieu familial déchiré
	2. Manque ou perte de contacts sociaux (profonde solitude, déracinement, déception sentimentale)
	3. Perte de l'emploi, manque de responsabilités, soucis financiers
	4. Absence ou disparition de solides liens religieux

Conduite à tenir avec les candidats au suicide

Le conseiller inexpérimenté s'interdit souvent de parler de suicide. Mais cette retenue, qui s'apparente à de la honte, a plutôt tendance à intensifier les pulsions suicidaires. C'est pourquoi, dans le contact avec des candidats au suicide, il convient d'observer les règles suivantes:

1. Aborder la question du suicide. La conversation ouverte et bienveillante sur les désirs funestes qui animent un dépressif permet à celui-ci de faire connaître ses détresses et ses craintes intérieures. Le pasteur pourra ensuite discuter et aborder calmement toutes ces pensées menaçantes. Ce sera ainsi l'occasion de partager le fardeau et de proposer une alternative au suicide.

2. S'enquérir des raisons du désespoir. Le suicide apparaît alors comme la seule solution d'un homme qui ne voit plus d'issue à sa situation. Mais l'examen de la situation vue sous l'angle du conseiller peut amener le malade à s'interroger: «Mon sort est-il vraiment si désespéré?» La plus petite lueur d'espoir peut au moins conduire le candidat au suicide à différer son projet.

3. Il est extrêmement important d'établir une relation solide entre le conseiller et le malade pendant la crise suicidaire. Le sentiment d'être pris au sérieux et d'être soutenu atténue l'idée du suicide. On peut demander au malade de promettre qu'il n'essaiera pas d'attenter à ses jours, au moins jusqu'au prochain entretien. On peut l'encourager à téléphoner chaque fois qu'une idée de suicide lui passe par la tête. Il existe aussi une possibilité de secours par téléphone, du genre S.O.S. Amitié. Le demandeur est mis en contact avec une personne compétente. Pour la Suisse, il suffit de composer le numéro 143; l'appel est gratuit. En France, il faut faire le numéro indiqué dans l'annuaire, chaque grande ville possédant une équipe SOS-Amitié.

Il n'est pas facile pour un conseiller spirituel de gérer un cri de détresse lancé par un malade en pleine crise dépressive. Je me souviens d'un soir où la sonnerie du téléphone m'a fait sursauter, peu après vingt-deux heures. Au bout du fil, je reconnus la voix d'une femme que j'avais suivie pour une dépression majeure grave, des années auparavant. «Docteur, je n'en peux plus, me dit-elle, d'une voix éteinte. La pensée de me supprimer se fait de plus en plus forte. Je n'arrive plus à l'éloigner de moi. Mais je tenais encore à vous appeler avant de commettre l'irréparable. Pouvez-vous m'aider?»

Ne pensez surtout pas que j'étais froidement assis, le téléphone en main, et que je me suis contenté de donner des conseils de professionnel. Non, car j'étais en sueur, et j'ai adressé une prière muette à Dieu pour lui demander

la sagesse de répondre comme il fallait à cette femme. Au bout de quelques minutes, je constatai que mon interlocutrice s'était un peu calmée; nous sommes finalement convenus que quelqu'un passerait encore le soi-même chez elle pour qu'elle ne soit pas seule. L'entretien téléphonique - et évidemment aussi l'intervention de Dieu - avaient rompu le cercle infernal de la pensée suicidaire.

De tels appels téléphoniques sont épuisants. Mais le conseiller spirituel doit être prêt à porter aussi ces fardeaux, dans la mesure du possible.

4. Enrôler les proches. Lorsqu'une personne est manifestement au bord du suicide, elle ne devrait jamais être laissée seule. L'hospitalisation n'est pas toujours immédiatement nécessaire. Lors de crises passagères, on s'efforcera d'obtenir, avec l'accord du malade, que les parents ou le conjoint veillent sur lui et lui prêtent une attention accrue. Toutefois, si l'idée suicidaire persiste, la surveillance constante du malade devient trop lourde pour ses proches. Il faut alors prendre la décision courageuse d'hospitaliser le malade dans un milieu où il sera constamment surveillé et efficacement soigné.

5. Mesures thérapeutiques à court terme. Proposez au candidat au suicide de le revoir dans un délai très court pour un autre entretien. Encouragez-le à suivre un traitement médical qui le tranquilliserait et lui fera retrouver le sommeil, si nécessaire.

6. Recommander un séjour en clinique. Si les efforts précédents sont insuffisants, conseillez au malade un séjour en clinique. La clinique offre aux malades en crise aiguë, même aux chrétiens, des possibilités de traitement médical, une disponibilité de tous les instants, une surveillance permanente et un refuge contre les vicissitudes et les angoisses de la vie, momentanément insupportables pour eux.

Ces mesures permettent, dans la plupart des cas, d'éviter le pire. Mais il nous faudra cependant toujours vivre avec une incertitude, aussi réduite soit-elle. Même la clinique psychiatrique ne peut fournir une garantie absolue. Pour le conseiller spirituel et le personnel de l'établissement hospitalier, il est toujours dur de constater les limites de leur aptitude à aider lorsque, malgré tous les efforts déployés, un malade parvient quand même à se suicider. Ces échecs laissent en eux de profondes blessures qui mettent du temps à se cicatriser.

Conseils pour le pasteur

La dépression de la personne en quête de secours ne peut pas ne pas laisser de traces sur le conseiller spirituel. Celui-ci voudrait de toutes ses forces aider le malade et se sent, partiellement du moins, responsable à son égard. Si donc, comme c'est trop souvent le cas, il ne constate aucune amélioration sensible, le sentiment de désespoir et d'incapacité le gagne lui aussi. Les entretiens finissent par devenir un véritable fardeau pour lui.

C'est pourquoi je veux clore ce chapitre par quelques recommandations destinées à combattre cette évolution néfaste.

1. Ne perdez pas de vue ce qu'est la dépression. Ne vous laissez pas entraîner dans le désespoir momentané du malade.

2. Ne relevez pas seulement les erreurs d'appréciation de votre patient, mais assurez-vous que votre propre raisonnement n'est pas teinté de dépression. Votre façon de voir les choses est-elle conforme à la vision biblique et à la réalité objective?

3. Apprenez à faire face d'une manière aussi objective que possible aux souffrances du malade en quête de conseil. Ainsi, considérez ses larmes comme l'expression de sa souffrance intérieure. Fixez des limites raisonnables à la durée de vos entretiens avec lui, sous peine de trop exiger de lui et de vous-même.

4. N'endossez pas la responsabilité des pensées, des sentiments et des actes qu'un malade doit assumer lui-même. Vous pouvez certes l'orienter et le stimuler, mais tout changement radical ne peut être que l'œuvre de la grâce divine, au moment choisi par Dieu.

5. Ne vous fixez pas des objectifs trop élevés. Souvenez-vous que pour suivre et accompagner un malade dépressif, il faut beaucoup de patience et qu'on doit s'attendre à des revers.

6. Ayez le courage de reconnaître votre propre faiblesse, et partagez avec un autre responsable spirituel vos difficultés dans l'accompagnement d'un dépressif.

7. Mettez suffisamment de temps à part pour votre vie personnelle avec Dieu et pour votre vie de famille. Entretenez les relations avec vos amis, et accordez-vous du temps pour vos loisirs, la pratique d'un sport ou l'écoute de la musique.

Le plus grand encouragement que peuvent rencontrer médecins et pasteurs, c'est d'apprendre comment les malades ont vécu leur dépression. L'ébranlement interne provoqué par la dépression majeure aboutit souvent à

l'approfondissement de la relation du malade avec Dieu et à l'affermissement de sa foi, préservée dans l'épreuve.

Tout récemment, une femme qui avait traversé une longue dépression me dit: «Je ne voudrais pas avoir manqué ce temps. Dieu a brisé ma vieille nature orgueilleuse et orienté tout à nouveau mon regard vers lui. Dans ce monde où je n'ai rien sur quoi m'appuyer, lui demeure mon ferme soutien.

J'ai souvent peur d'une nouvelle rechute, peur que les certitudes de ma foi s'estompent. Mais je sais que Dieu m'accompagnera, même si mon chemin traverse la sombre vallée.»

9 Un aperçu sur la schizophrénie

Aucune maladie n'est autant controversée que la schizophrénie. Dans ses manifestations multiformes, la schizophrénie est difficilement identifiable; elle est même repoussante et effraye beaucoup de gens. Les maladies corporelles sont bien plus faciles à diagnostiquer et à soigner. Les épidémies qui, comme la peste, causaient tant d'effroi jadis sont désormais rabaissées au rang de simples maladies infectieuses. Même un profane sait comment se déclarent les maladies somatiques et comment on peut les soigner.

Il en va tout autrement de la schizophrénie. Le comportement étrange du malade, les voix qu'il entend et les craintes qu'il exprime ne peuvent pas simplement être attribués au dysfonctionnement d'un organe du corps. Malgré de coûteuses recherches, on se trouve encore devant de nombreuses énigmes. Ce n'est d'ailleurs qu'au début du siècle que la schizophrénie fut reconnue comme une maladie spécifique. Le psychiatre allemand Kraepelin parlait d'une «*Dementia praecox*» (démence précoce), d'un abêtissement prématuré. C'est Eugen Bleuler, médecin-chef de la clinique psychiatrique de l'Université de Zürich, le premier à avoir décrit et classé les multiples symptômes de cette maladie particulière, que l'on doit le nom de «schizophrénie», terme qui, en grec, signifie «esprit clivé».

Si le nom était nouveau, la maladie elle-même ne l'était pas. Tout au long des siècles, des hommes ont présenté des troubles typiques de la schizophrénie. Cette maladie n'est pas localisée à certaines régions du globe; elle frappe tous les pays, les peuples de toutes races et de toutes conditions sociales.

Elle n'épargne pas les chrétiens. Les chrétiens qui vivent dans l'entourage

immédiat d'un chrétien schizophrène ont souvent beaucoup de mal à comprendre les transformations qui s'opèrent en lui. Comment se peut-il que la pensée, les sentiments et le comportement soient si profondément perturbés? Comment admettre qu'un homme puisse se croire poursuivi par des agents secrets, qu'il dorme à même le sol par crainte des rayonnements, et qu'il se laisse constamment conduire par des voix?

Au cours des années passées, je me suis pris d'une affection toute spéciale pour des malades schizophrènes. J'ai eu le privilège de pouvoir les accompagner, eux et leurs proches, sur le chemin de leur maladie. J'ai fréquemment admiré leur combat héroïque contre leur maladie et contre l'incompréhension de leur entourage. C'est à eux que je dédie ce chapitre, afin de réparer à mon échelle l'injustice dont ils souffrent dans un monde qui ne juge qu'en fonction du succès et de la normalité.

Définitions et chiffres

La schizophrénie appartient aux maladies du groupe des psychoses. Cette notion englobe des troubles profonds caractérisés par un vécu et un comportement anormaux, et par des modifications flagrantes de la personnalité qui rendent le sujet incapable d'exercer une activité normale. Le malade n'est plus en mesure de distinguer les événements extérieurs à lui de ceux qu'il vit personnellement. Les psychoses peuvent durer de quelques heures à d'interminables années. Elles peuvent être légères ou conduire à la désintégration totale de la personnalité. On classe parmi les psychoses:

- les psychoses organiques (causées par l'absorption de substances néfastes comme la drogue, ou par des infections comme la syphilis, par exemple)
- des réactions passagères à des circonstances particulièrement pénibles
- les conséquences d'une grave détérioration du cerveau en raison de l'âge
- les maladies maniaco-dépressives
- la schizophrénie

Je ne m'intéresserai qu'à la schizophrénie dans ce chapitre. Les autres formes de psychoses seront mentionnées en passant, mais sans description détaillée. Le lecteur qui voudrait en savoir davantage sur ce sujet est prié de se reporter à des manuels de psychiatrie.

La schizophrénie est une maladie qui frappe relativement beaucoup de monde. La moitié des personnes dirigées vers des

établissements psychiatriques en souffrent. Deux chiffres permettront de se faire une idée de son importance:

- 0,4 pour cent de la population présente en permanence des symptômes de schizophrénie (aiguë ou chronique). Ce chiffre est à comparer à celui de la population dépressive (de 15 à 20 pour cent) et à celui de la population atteinte de névrose (environ 12 pour cent).
- 1,0 pour cent de la population est atteint un jour ou l'autre de schizophrénie. En d'autres termes, 60 000 Suisses et 550 000 Français seront atteints de schizophrénie une fois au moins au cours de leur vie.

La schizophrénie n'obéit pas à une règle héréditaire simple. Le tableau 9-1 illustre le risque d'être atteint de schizophrénie selon le degré de parenté avec un membre de la famille qui en souffre déjà.

Tableau 9-1: Probabilité d'hériter de la schizophrénie

- si l'un des parents est schizophrène:	10 pour cent
- si un frère ou une sœur est schizophrène	10 pour cent
- si les deux parents sont schizophrènes	20 à 40 pour cent
- si un vrai jumeau est schizophrène	50 pour cent
- si un parent au deuxième degré (oncle, neveu, cousin) est schizophrène	3 pour cent

Ces chiffres peuvent sembler inquiétants. Mais examinons-les d'une autre façon: si une mère schizophrène a dix enfants, statistiquement parlant un seul serait susceptible d'hériter de sa maladie. De telles familles présentent souvent d'autres déséquilibres psychiques qui témoignent d'une fragilité nerveuse héréditaire sous-jacente.

Tableau 9-2: Critères permettant de diagnostiquer une schizophrénie

Durée: La maladie globale dure six mois au moins, chaque phase pouvant avoir des durées variables.	
Apparition: avant 45 ans	
A. Phase prodromique:	(prodrome signifie «précurseur»). Détérioration nette par rapport aux aptitudes antérieures (activité professionnelle, relations sociales, soins personnels). Présence d'au moins deux des symptômes ci-dessous, non attribuables à une perturbation de l'humeur ou à un trouble lié à l'utilisation de substances psycho-actives.
Syndromes prodromiques et résiduels:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Isolement social ou repli sur soi très marqués 2. Handicap net du fonctionnement professionnel, domestique, scolaire ou universitaire 3. Comportement particulièrement bizarre (collectionner les ordures, stockage d'aliments pourris, attitude sans gêne, etc.) 4. Négligence importante dans l'hygiène et la tenue vestimentaire 5. Affect émoussé ou inapproprié 6. Discours digressif, vague, trop élaboré, circonstancié ou imagé 7. Représentations curieuses ou bizarres, ou pensées magiques; sentiment d'être influencé ou de pouvoir influencer les autres; idées surinvesties, idées de référence 8. Expériences perceptives inhabituelles, par exemple illusions récurrentes, sensation de la présence d'une force ou d'une personne invisibles, présence non perceptible par les autres. 	
B. Phase active: au moins l'un des symptômes suivants.	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Idées délirantes bizarres (impliquant un phénomène considéré comme manifestement invraisemblable et sans fondement réel), par exemple l'idée d'être sous l'influence de quelqu'un, l'idée de la divulgation d'une pensée, de l'inspiration d'une pensée ou de la dépossession d'une pensée. 2. Idées délirantes de mégalomanie, religieuses ou nihilistes, en rapport avec le corps 3. Délire de la persécution et de la jalousie, combiné avec des hallucinations 4. Présence de voix (une voix qui commente le comportement du sujet, ou plusieurs voix conversant entre elles) 5. Incohérence, relâchement net des associations, pensée fortement illogique, appauvrissement de l'expression verbale, à condition qu'elle soit associée à l'un au moins des signes suivants: – affect abrasé ou inapproprié – idées délirantes ou hallucinations – comportement catatonique ou grossièrement désorganisé. 	
C. Phase résiduelle:	Persistance après la phase active de la maladie d'au moins deux symptômes cités sous A, non attribuables à une perturbation de l'humeur ou à un trouble lié à l'utilisation de substances psycho-actives.

Quand peut-on, en tout état de cause, diagnostiquer une schizophrénie?

On se montre aujourd'hui très prudent avant d'affirmer que telle personne est atteinte de schizophrénie. Autrefois, aux Etats-Unis, tout comportement bizarre et toute psychose passagère étaient catalogués comme «schizophrénie». Depuis quelques années, le diagnostic doit reposer sur des critères sévères. Pourtant, même un médecin expérimenté a du mal à se prononcer dans des cas limites, surtout au début de la maladie. On préfère souvent parler de «crise d'adolescence» ou tout simplement de «psychose». L'évolution d'une schizophrénie fait apparaître trois phases décrites avec précision dans le tableau 9-2.

- A. Phase prodromique (aggravation progressive de l'état de santé)
- B. Phase active (symptômes aigus)
- C. Phase résiduelle (état de rémission)

Formes et évolution de la schizophrénie

La délimitation précise des symptômes de la schizophrénie n'est pas toujours aisée. On distingue généralement aujourd'hui trois formes de schizophrénie, que nous allons brièvement décrire ci-après.

1. La forme hébéphrénique (ou schizophrénie désorganisée): S'installe précocement (du nom de Hébé, déesse grecque de la jeunesse); se traduit par un comportement bizarre; dissociation de la personnalité; le sujet est souvent incapable d'initiative; l'aptitude au travail est nettement déficitaire.

Exemple: Sylvie, une jeune fille de 17 ans, d'une famille sans histoire, traverse une phase difficile: elle est en pleine période d'examen en vue d'obtenir son diplôme de cuisinière; en outre, elle vit mal la rupture de ses relations avec un jeune homme. Son comportement change peu à peu; elle devient irritable et accable son ex-ami en lui téléphonant nuit et jour; elle se sent triste, mais elle rit cependant constamment et pour un rien. A son travail, elle fait tout de travers; un beau jour, elle fait une fugue et passe la nuit dehors sous une pluie battante. Finalement, elle est hospitalisée.

2. La forme catatonique: elle se reconnaît principalement à la dissociation comportementale du sujet (catatonie): par exemple maintien pendant des heures d'une attitude corporelle inhabituelle, ceci pouvant alterner avec un état de grande excitation.

Exemple: Monsieur Dupont, serrurier de 35 ans, passe tout son temps à la construction de sa maison. Des tensions surgissent entre lui et l'architecte, et elles aboutissent à un procès. Monsieur Dupont médite sans arrêt sur ses plans de construction, ne se rend plus à son travail et ne trouve plus le sommeil. Le matin, sa femme le trouve assis à table, comme hébété. Il prononce constamment les mots: «canalisation d'eau» et tape sur la table d'une manière significative. Son état s'améliore grâce au traitement suivi pendant un séjour de deux semaines en milieu hospitalier.

3. La forme paranoïde: Le sujet présente tous les éléments du syndrome schizophrénique avec délire prononcé: délire de mégalomanie, de persécution, d'invention.

Exemple : Thomas, jeune peintre de 22 ans, est persuadé d'avoir découvert le rayon laser il y a quatre ans. Grâce à une loupe spéciale, il prétend avoir mis au point un agrandisseur d'écran vidéo commandé par ordinateur ainsi qu'un hélicoptère commandé par une cellule photosensible, inventions qui, selon lui, devraient permettre à la police de mieux suivre les traces. Quand il touche la table avec son doigt, il est persuadé de pouvoir stocker en mémoire ses sentiments sur le plateau en bois. Il achète pour près de 40 000 F d'outillage et d'instruments pour perfectionner ses inventions. A son lieu de travail, il commet beaucoup d'erreurs, parce qu'il se sent troublé par des voix qui marmonnent sans cesse, et par le rayon laser.

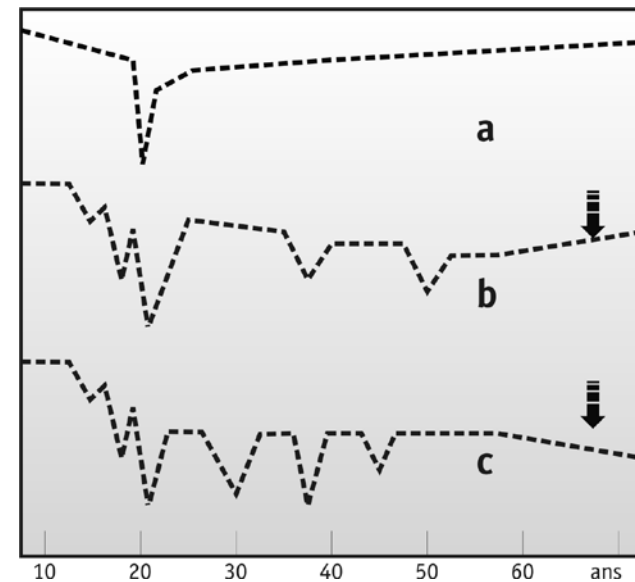
Il n'est pas toujours facile de reconnaître du premier coup l'une ou l'autre de ces trois formes de schizophrénie. En clinique, on a observé des formes intermédiaires auxquelles on a donné d'autres noms. Mentionnons-en deux: la schizophrénie simple, expression atténuée et incomplète de la schizophrénie, et la psychose schizo-affective, caractérisée par des symptômes schizophrènes avec de fortes variations d'humeur (syndrome dépressif majeur ou syndrome maniaque).

Evolution de la schizophrénie

Les études les plus récentes ont montré que le pronostic de la schizophrénie est sensiblement meilleur que ce que l'on admettait jusqu'à présent. Il n'y a donc pas lieu de cultiver un pessimisme inutile. On observe fondamentalement trois formes d'évolution de la schizophrénie, comme le montre la figure 9-1:

- Episode unique sans rechute
- Episodes récurrents avec fléchissement progressif des facultés
- Détérioration chronique avec phase finale déplorable

Figure 9-1: Evolution de la schizophrénie



a) En gros, dans 20 pour cent des cas d'épisodes schizophréniques, on ne constate pas de rechutes, même si le sujet présente une nervosité accrue en période de stress. Les signes précurseurs favorables sont:

- bonne adaptation au milieu environnant avant l'apparition des symptômes

- apparition soudaine de nombreux symptômes spectaculaires
- retour à un état de santé normal après un seul épisode schizophrénique
- bonnes conditions de vie familiale
- motivation du sujet pour être suivi régulièrement

b) Chez environ 60 pour cent des malades surviennent plusieurs épisodes au fil des ans. Entre les accès schizophréniques, ces personnes exercent une activité parfaitement normale, même si à bien des égards elles supportent moins les épreuves de la vie.

Malheureusement, chaque épisode schizophrénique affaiblit la résistance du sujet; il subsiste toujours un certain reste défectueux. C'est cet état résiduel qui rend le travail domestique, scolaire ou professionnel chaque fois plus difficile. Il arrive fréquemment qu'il faille proposer au malade un poste mieux adapté à son nouvel état. Cette décision n'est pas forcément négative. Je pense à Beate, une jeune infirmière qui, à la suite d'un épisode psychotique, ne pouvait plus travailler qu'à 70% de ses capacités initiales. Après un second accès schizophrénique, elle proposa ses services dans une maison de convalescence où le travail n'était pas aussi astreignant. Tous les deux ou trois ans, elle passait par une crise, essentiellement lorsqu'elle traversait une période éprouvante. Une fois, ce fut à l'occasion d'une rupture sentimentale, une autre fois à la suite d'un voyage fatigant en Tunisie. Après un bref séjour en clinique, elle se sentait à nouveau bien. Par sa façon aimante et pleine de tact de soigner les malades, elle fut en grande bénédiction pour beaucoup d'entre eux.

c) Enfin, chez les derniers 20 pour cent des malades, on observe une nette désagrégation de la personnalité. Même sous médicaments, ils ne sont pas affranchis des idées délirantes et des hallucinations. Il n'est plus question pour eux d'exercer leur métier. Ils sont souvent incapables de se prendre en charge et de vivre seuls. Par leur comportement bizarre et leur négligence dans les soins corporels, certains malades sont une charge insupportable pour leurs proches et nécessitent une surveillance constante en milieu psychiatrique.

Où se trouve le siège des signaux parasites dans les psychoses?

Les recherches effectuées ces dernières années ont montré que toutes les formes schizophréniques mettent en jeu les mêmes troubles qui affectent

principalement le domaine de la pensée. De là découlent les autres conséquences, telles que l'abrasion et la modification de l'affect, le retrait social, les modifications de la perception, les idées délirantes, l'illusion des sens et les troubles moteurs.

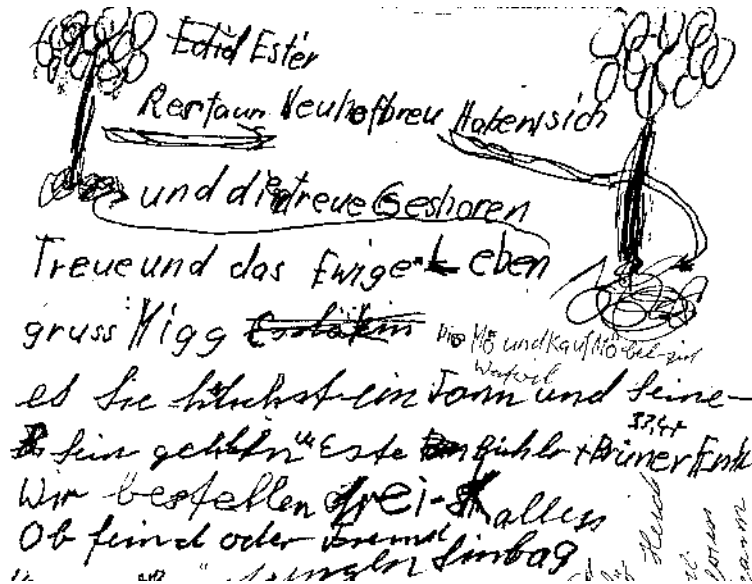
Qu'entendons-nous par pensée perturbée? Celui qui n'a jamais vu à quel point la pensée d'un homme en phase schizophrénique peut s'altérer ne peut pas s'en faire une idée. Je me souviens d'une femme de 28 ans atteinte d'une psychose à la suite d'un accouchement. Le premier entretien que j'eus avec elle était à peine compréhensible. Ses pensées ressemblaient à une peinture sur un verre qui avait volé en éclats. Les mots étaient comme des bouts de verre qui scintillaient, mais il n'y avait pas moyen de rassembler ces morceaux afin d'en reconstituer un ensemble cohérent pour une personne extérieure à la malade:

«Je me sens comme un B, B comme besoin. Mais je ne peux pas l'obtenir, car un F s'est intercalé. Je ne peux pas encore vous expliquer ce que représente le F. Véronique. V comme Véronique. Je ne me sens plus tout à fait moi-même. Il me manque le point sur le i. (Elle frappe d'une manière significative sur la table, comme pour représenter le point d'un i.) Le mot épousailles a une signification particulière, E comme épousailles. Si on couche le E, on obtient trois jambes dirigées en l'air. J'ai trébuché contre elles. Regardez la lettre „p“ du mot „épousailles“. J'ai glissé le long de la jambe du „p“ et suis tombée bas, très bas, jusqu'au moment où je suis allée consulter un médecin. Celui-ci m'a prescrit des comprimés (la malade dessine un „p“ sur la table, traversé par une flèche partie d'en bas, et finalement entouré d'un cercle représentant le comprimé) et là, j'ai failli exploser.»

L'altération de la pensée est mise en évidence par l'extrême déformation de l'écriture. La figure 9-2 représente un échantillon d'écriture d'un homme en phase psychotique, avant traitement médical. On remarque l'écriture étirée, les phrases interrompues, les tentatives désespérées de se rendre lisible.

Les sujets se rendent compte eux-mêmes qu'ils ne sont plus capables de contrôler leurs pensées, surtout si plusieurs impressions les assaillent en même temps. Une jeune femme illustra bien cette situation en disant: «Mes pensées se saluent, mais je ne sais pas à laquelle je dois serrer la main.» Les patients sont souvent tellement absorbés par ce qui leur arrive qu'ils ne sont plus capables de s'adresser en plus à un vis-à-vis, et encore moins d'accomplir leurs tâches. Ils semblent alors totalement absents. Mais ce ne serait pas rendre justice à ces malades que de les traiter de fous. S'ils sont incapables de bien assimiler toutes les impressions qui fondent sur eux, du dehors comme du dedans, cela ne dure qu'un certain temps. En effet, le schizophrène, à côté

Figure 9-2 : Exemple d'écriture d'un homme de 35 ans, pendant une psychose aiguë

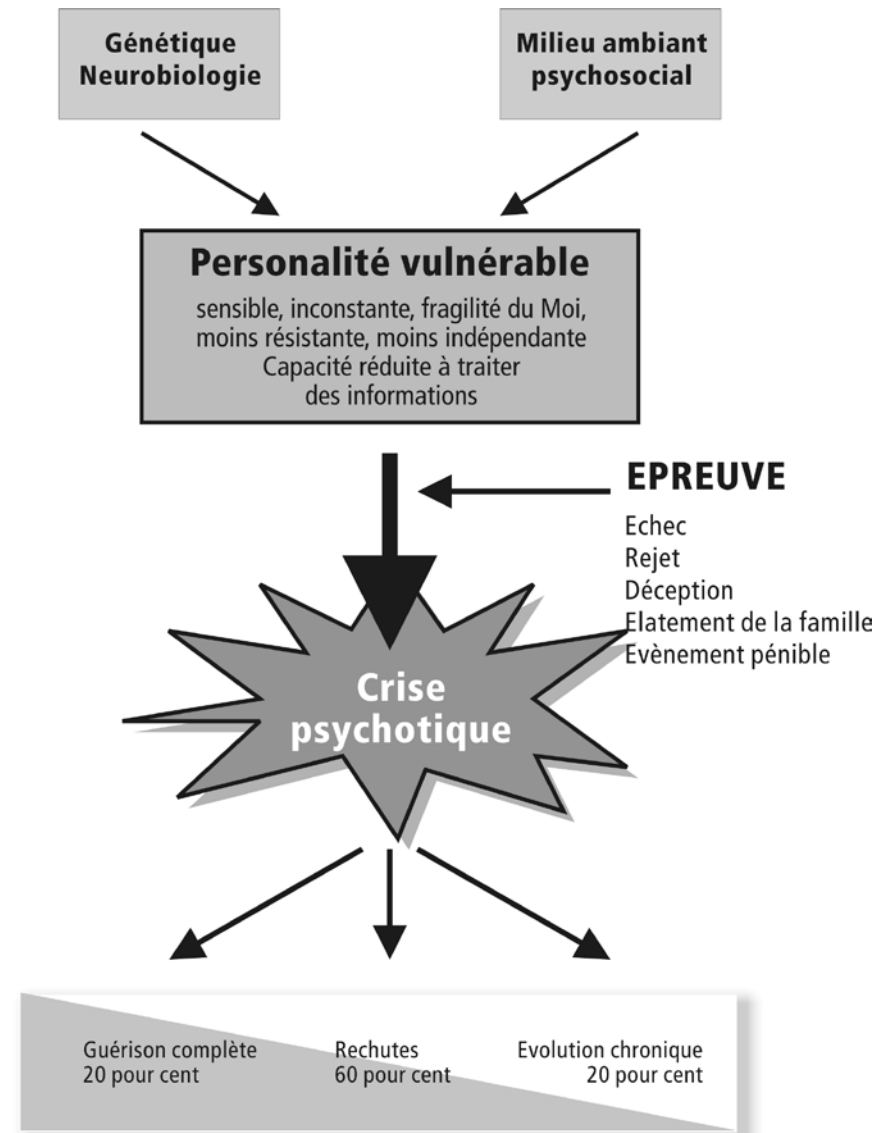


des parties de son être qui sont malades, conserve de nombreux organes sains. La partie saine de son être n'est pas engloutie dans la maladie, elle se cache simplement derrière les manifestations psychotiques. Toutefois, la psychose perturbe tellement le «programme» par les signaux parasites qu'elle émet, que celui-ci n'est compréhensible que d'une façon fractionnée et partielle. Ce sont surtout les personnes dont l'activité professionnelle fait essentiellement intervenir le bon fonctionnement des pensées qui souffrent le plus de ne plus pouvoir se servir de leurs aptitudes. Il leur est beaucoup plus difficile de retrouver une occupation adaptée à leur nature, qu'à l'ouvrière d'usine qui, à l'issue d'une phase aiguë, retrouve plus aisément les mécanismes de son travail routinier.

Comment, en fait, survient une schizophrénie?

Cette question préoccupe les chercheurs depuis des décennies. Chaque année, on publie des milliers d'articles et d'ouvrages sur ce sujet. Les recherches s'orientent dans plusieurs directions, de la biochimie à l'étude com-

Figure 9-3 : Modèle proposé par Ciompi pour expliquer l'origine d'une schizophrénie



portementale. Le fonctionnement de notre cerveau est si complexe que nous ne pouvons à ce jour que proposer des modèles pour expliquer l'apparition de la schizophrénie. On peut toutefois indiquer quelques grandes lignes qui sont étayées par de nombreux résultats de recherche. Le professeur Ciompi, psychiatre suisse, a proposé un modèle, détaillé ci-après, pour montrer l'interconnexion des différents facteurs (fig. 9-3).

L'influence de l'hérédité est universellement reconnue à la suite d'innombrables études faites sur des jumeaux et sur des enfants d'adoption. Les personnes sujettes à la schizophrénie ont manifestement hérité d'une faiblesse dans les échanges biochimiques qui s'opèrent dans le cerveau. Cette faiblesse est accentuée par l'influence du milieu ambiant. Il en résulte une personnalité vulnérable qui supporte moins le stress. Cette vulnérabilité est caractérisée, entre autres, par les symptômes suivants:

- fragilité du Moi et sensibilité
- anxiété inhabituelle
- aptitude réduite à exprimer la joie (anhédonie)
- affect abrasé
- repli sur soi-même (introversion)
- aptitude moindre à être indépendant
- difficultés à établir des relations sociales
- difficultés d'ordre scolaire et professionnel
- capacité limitée à traiter des informations

Lorsque survient une difficulté (stress), la personnalité vulnérable n'est plus en mesure de maîtriser les pensées, les sentiments et les actions qui s'imposent; elle sombre dans la dépression nerveuse, dans la crise psychotique, telle qu'elle a été décrite précédemment. Les facteurs qui la déclenchent peuvent être très divers:

- l'échec (scolaire ou autre)
- le rejet (de la part d'une personne aimée, par exemple)
- la déception (un objectif professionnel non atteint, par exemple)
- la dislocation de la famille
- un nouveau rôle à assumer (service militaire, naissance d'un enfant)
- un autre événement pénible (la mort d'un proche, par exemple)

La relation entre la vulnérabilité et le stress peut être représentée d'une manière simple (voir figure 4-2). Il faut bien différencier le catalyseur de la cause. Lorsqu'un pont s'effondre sous le poids d'un gros camion, celui-ci n'est

pas la cause de la rupture du pont, mais seulement le dernier catalyseur; c'est la rouille qui, pendant des années, a rongé les piliers sans qu'on s'en aperçoive qui est la cause de la catastrophe. Ainsi en est-il des événements qui finissent par déclencher la schizophrénie, aussi accablants puissent-ils paraître. Le problème ne réside pas en premier lieu dans l'événement en soi, mais dans la manière dont l'homme réagit face à cet événement. Combien de sentiments de culpabilité, combien de reproches, combien de faux clichés auraient pu être évités, si on avait su faire la distinction entre cause et catalyseur! Cette remarque est aussi valable pour les catalyseurs religieux de la schizophrénie, dont je parlerai ultérieurement.

Phénomènes schizophréniques et leur explication

Comment expliquer qu'un homme puisse entendre des voix qui le mènent par le bout du nez? Comment comprendre qu'une jeune fille, de crainte d'un empoisonnement, décide de ne plus rien manger? Comment se fait-il qu'un homme devienne brusquement violent, tout simplement parce que son père lui a demandé comment il allait? Comment un adulte peut-il en arriver à ne plus se laver, à ne plus changer de vêtements et à dormir jusqu'à midi?

Comme nous l'avons vu, on estime aujourd'hui que la schizophrénie est provoquée par une perturbation de la biochimie cérébrale (la neurobiologie). Au chapitre 3, j'ai comparé le cerveau à un ordinateur. Cette façon de voir les choses n'exclut nullement l'intervention de soins spirituels; au contraire, elle complète la thérapie médicale et contribue à une meilleure compréhension de la maladie.

Rappelons brièvement comment s'opère le traitement de l'information dans le cerveau. Il y a d'abord la perception ou saisie de l'information. Nos organes sensoriels (les yeux, les oreilles, etc.) captent en permanence des impressions et les envoient au cerveau qui les traite, les ordonne et les mémorise. C'est ce processus que nous appelons pensée. Il faut distinguer deux aspects: a) le fond et b) la forme de la pensée. Les phrases que vous êtes en train de lire constituent le «fond» ou «contenu» du livre. Ce que vous en faites, la manière dont vous saisissez l'information et la mettez en mémoire, tout cela appartient à la «forme» ou «contenant» de la pensée; on l'appelle encore «pensée formelle».

Revenons à notre malade schizophrène chez qui l'«unité centrale» de l'ordinateur est en quelque sorte défectueuse. La pensée formelle (le système d'exploitation) n'est plus en mesure d'interpréter correctement les informa-

tions reçues, de les évaluer, de les classer et de les stocker en mémoire. La perception est faussée et associée à des sentiments erronés stockés dans la mémoire, ce qui provoque les hallucinations. Le contenu de la mémoire est rappelé dans le domaine du conscient, sans ordre explicite de l'unité centrale (ce qui correspond à la visualisation sur l'écran, dans le cas de l'ordinateur), et mêlé à d'autres caractéristiques. Le malade entend soudain ses propres pensées, mais avec le timbre de la voix de sa sœur.

Les événements et les représentations, les angoisses et les désirs sont rappelés sans raison apparente de l'unité «mémoire» et jetés en vrac, comme les pièces d'un gigantesque puzzle. Pour les proches, les mots et les idées ont encore un peu de sens, car ils connaissent le vécu du malade et peuvent tisser des fils entre les expressions bizarres qu'il articule. Mais celui qui n'est pas un familier du patient se trouve comme dans un monde totalement étranger, sans aucun moyen de communication avec le malade. Lors d'un épisode schizophrénique, la frontière entre ce qui est réellement vécu (monde extérieur) et ce qui appartient au monde intérieur est perméable: l'imaginaire et le réel se fondent dans un système délirant chaotique. Le patient s'efforce en vain de s'extirper du monde des illusions dans lequel il est prisonnier, pour entrer dans celui des réalités du milieu environnant, mais chaque tentative se solde par un échec, car les vagues de la psychose le submergent et le maintiennent captif.

Il n'est donc pas étonnant qu'un malade se singularise par ses réactions comportementales. Il n'est plus en mesure de traduire dans une situation concrète ses capacités et les bonnes manières qui lui ont été inculquées. Un jour, en guise de salutation, je fis un signe amical de la main à un malade schizophrène. Sa réaction fut de se baisser, comme si je lui avais lancé une pierre. Il avait bien perçu le geste de ma main, mais l'avait mal interprété et l'avait associé à des sentiments de crainte et de menace. La réaction qu'il avait adoptée était pour lui conforme à sa logique, mais pour moi, par contre, elle était bizarre.

Nous comprenons donc mieux comment surgissent les symptômes schizophréniques. Mais pour les chrétiens se pose une autre question de taille: Comment expliquer le délire religieux? Comment interpréter spirituellement les symptômes de la schizophrénie? Les réponses à ces questions feront l'objet du chapitre suivant.

10 Schizophrénie et foi

«**D**octeur, je suis dans une profonde détresse, me dit un jour une dame âgée. Aujourd'hui, j'aurais dû aller au ciel, mais ma voisine de chambre s'y est opposée. Dieu permet qu'elle me tourmente, et je ne peux plus pardonner. Vous savez, il y a deux ans, j'ai commis un grave péché. Le médecin voulait me prélever du sang, mais j'ai refusé. A ce moment-là, je ne savais pas encore que j'aurais dû offrir un grand sacrifice. Parce que je n'ai pas donné mon sang, Dieu ne peut plus me prendre avec lui.»

Comment auriez-vous réagi en entendant une telle histoire? Qu'auriez-vous conseillé à cette femme? L'auriez-vous entretenue du seul vrai sacrifice qui ouvre le chemin vers Dieu? L'auriez-vous encouragée à rechercher le pardon? Ou bien auriez-vous essayé de lui montrer que toute son histoire n'était que pur fantasme?

Le pasteur qui rencontre des personnes en pleine crise schizophrène se trouve confronté à de telles questions. Il lui arrive fréquemment d'être en présence de malades qui utilisent un vocabulaire chrétien, des malades qui ont un délire religieux. Or, cette expression soulève maintes questions aussi bien chez les chrétiens que chez les non-croyants. On tire souvent de fausses conclusions de l'emploi de vocables religieux. Même parmi les médecins et le personnel soignant, on entend fréquemment dire que c'est la religiosité qui déclenche la psychose chez certains. Ou du moins que le délire religieux est une conséquence négative de la religion dans la société.

Ces affirmations reposent sur des préjugés, et non sur des travaux scientifiques sérieux. Je reviendrai un peu plus loin sur quelques-unes des études

consacrées au thème du délire religieux. Auparavant, je vais expliquer comment survient le délire religieux et comment l'interpréter.

Le délire religieux et son explication

On peut distinguer trois formes fondamentales de délire mystique:

- a) les images religieuses expriment le vécu schizophrène
- b) la déformation délirante d'une authentique piété
- c) des erreurs d'interprétation, par le médecin ou le conseiller, de déclarations religieuses ou de doctrines qui lui paraissent étranges

Seules les deux premières formes peuvent être considérées comme des singularités qui s'expliquent par le mécanisme perturbé du traitement du vécu chez un malade schizophrène. La troisième forme repose sur des préjugés et sur l'incapacité du médecin ou du conseiller à comprendre des formes inhabituelles de la piété.

a) Expression du vécu schizophrène par des images religieuses. Les événements vécus par un malade dont le système de pensée est faussé par la schizophrénie sont souvent très mystérieux, supranaturels, étranges et menaçants. Le patient est tourmenté par des représentations et des craintes qui ne peuvent plus s'expliquer par le monde ambiant dans lequel il a vécu jusqu'à présent. Il ressent des forces et reçoit des ordres qui vont au-delà du domaine normal. Mais il remarque aussi l'influence perturbatrice de la maladie sur son travail, ses relations et sur sa propre personnalité.

Comment un tel homme peut-il décrire les événements qui l'assaillent lors d'une phase psychotique? Les images habituelles terrestres sont souvent insuffisantes. Or, il a, dans son enfance, suivi une instruction religieuse au cours de laquelle il a entendu parler d'anges et de démons, de messages prophétiques et de miracles surnaturels. C'est ainsi que chez des êtres qui n'ont pas une foi personnelle peuvent se développer les représentations délirantes les plus extravagantes. Lorsque l'épisode psychotique régresse, la piété revient à son niveau d'avant la crise.

b) Déformation délirante d'une piété authentique. Avant sa maladie, le patient était animé d'une foi saine. Mais la maladie, qui atteint tous les aspects de la vie de l'être, affecte aussi sa foi, dans son contenu comme dans son expression. Je pense en particulier à une jeune fille chrétienne qui, contrairement à son attitude habituelle, voulut soudain être «active pour Jésus». Elle

fut de plus en plus écrasée par la pensée des perdus. Elle en perdit le sommeil et distribua des traités par milliers. Finalement, elle s'entailla le poignet à l'aide d'un couteau. A ses parents épouvantés, elle déclara avoir voulu répandre son sang pour le salut des perdus, car on était à la veille du Vendredi-Saint. Grâce à un traitement approprié, la maladie régresa en quelques jours, et la foi de la jeune fille ne conserva aucune séquelle de son trouble psychotique. Cette jeune femme est aujourd'hui mariée et active dans son église.

Dans cette catégorie entrent les idées délirantes dépressives, comme le sentiment de culpabilité qui peut revêtir les formes les plus grotesques. Je renvoie le lecteur au chapitre sur la dépression, pp. 89ss.

c) Des expressions ou manifestations particulières d'un credo sont souvent interprétées par le médecin ou le conseiller comme la preuve d'une schizophrénie chez un patient, bien qu'elles soient tout à fait conformes à l'enseignement de son église ou de sa communauté religieuse. Dans ce domaine, il faut beaucoup de compréhension à l'égard d'un malade qui exprime des idées religieuses inhabituelles, afin de ne pas le juger à tort.

Lorsqu'un étudiant d'une école biblique déclare vouloir parler de «Jésus à tout le monde», a-t-on le droit d'identifier sa démarche à un délire mystique d'évangélisation, quand bien même il souffrirait réellement de schizophrénie à ce moment-là? Il ne dit rien d'étrange, car il est formé pour annoncer l'évangile aux autres, conformément à l'enseignement biblique.

Autrement plus difficile est le cas de cette femme allemande qui déclara avoir demandé que l'on prie pour elle afin qu'elle soit «délivrée du démon de Hitler». La distinction entre le délire mystique et un enseignement particulier aussi étrange a été possible lorsqu'on a appris qu'un certain «pasteur» avait inculqué à cette femme, comme à beaucoup d'autres coreligionnaires de souche allemande et sains d'esprit, que pour le développement de sa foi, il devait exorciser l'esprit de Hitler en elle (récit authentique vécu en Suisse en 1985).

Il faut reconnaître que de tels cas constituent de véritables casse-tête même pour les psychiatres les plus tolérants. Mais ils permettent de comprendre pourquoi les psychiatres ont souvent des préjugés contre les croyants. Il est extrêmement important de bien faire la distinction entre foi, superstition et délire mystique. Malgré cela, un chrétien schizophrène mérite tout autant qu'un autre malade, qu'il soit défenseur de la Nature ou ardent pacifiste, d'être pris au sérieux, même si ses déclarations sont moins proches des préoccupations du personnel soignant que celles de l'écologiste ou du pacifiste.

La foi chrétienne rend-elle malade?

Aujourd'hui, cette question appelle une réponse claire: Non! Deux séries d'études effectuées dans des cliniques psychiatriques suisses ont démontré qu'il n'existe aucun lien entre l'éducation religieuse et le délire mystique. Un auteur conclut par ces mots: «On arrive donc au résultat surprenant suivant: une pratique religieuse solide et sincère dans le foyer parental tend à atténuer plutôt qu'à accroître les risques de psychoses mystiques.»

Il faut garder à l'esprit le fait important que le délire mystique n'est qu'une des formes possibles du délire. Il ne faut jamais vouloir chercher dans le contenu des idées délirantes la cause de la schizophrénie. Il serait absurde de conclure que la technique est la cause de la schizophrénie chez un sujet qui se sent sous l'effet de rayons laser et d'ordinateurs, ou d'accuser l'écologie d'être responsable du délire «vert» qui frappe un malade schizophrène.

Qu'est-ce qui influence le thème majeur d'un délire? On pense généralement que les idées prédominantes et la vision du monde d'une culture donnée imprègnent aussi le contenu d'un délire schizophrène. Le psychiatre allemand Kranz a examiné le contenu des idées délirantes de malades dans les années 1886, 1916 et 1946. Il a pu montrer ainsi que les nouvelles inventions (comme celle de la radio) ou l'ascension du Führer sur la scène politique coloraient les idées délirantes des malades. D'autres études ont confirmé que la fréquence d'apparitions de certains thèmes délirants augmentait dans les décennies qui suivaient de tels grands événements.

Les idées délirantes portent fréquemment la marque des circonstances et des dispositions associées pour le malade à de fortes émotions (peur, amour, échec, rejet). A notre époque où la foi en Dieu imprègne de moins en moins la vie quotidienne des gens, les délires mystiques diminuent. En revanche, le nombre de délires centrés sur la mort des forêts, les accidents chimiques et les catastrophes atomiques a considérablement augmenté.

En résumé, une idée délirante peut prendre une coloration mystique ou religieuse, mais cela ne suffit pas pour en déduire que la cause de la maladie se trouve dans la foi ou la religion.

L'origine du délire se comprend mieux, sans toutefois parfaitement s'expliquer, quand on sait dans quelles conditions vit le patient et quand on connaît la structure de sa personnalité.

La schizophrénie dans la littérature religieuse

Après avoir donné quelques éclaircissements sur les symptômes de la schizophrénie d'un point de vue scientifique, j'aimerais rapidement examiner les différentes théories proposées dans la littérature religieuse chrétienne. Quiconque feuillette les livres chrétiens consacrés à ce sujet constate que les opinions se rangent dans trois grandes catégories:

- a) la schizophrénie est reconnue comme une maladie, sans liens particuliers avec le spirituel
- b) la maladie est fortement associée au péché et à l'irresponsabilité
- c) la maladie a une cause démoniaque (possession occulte)

De nombreux chrétiens ayant des proches atteints de cette maladie abordent ce sujet avec beaucoup d'incertitudes et de souffrances. C'est pourquoi j'ai à cœur d'analyser brièvement ces modèles proposés. Il est clair, d'après tout l'exposé qui précède, qu'il faut considérer la schizophrénie comme une maladie nécessitant un traitement médical spécialisé. Toutefois, cette constatation n'exclut pas le concours de la relation d'aide. Il est donc utile de dire comment on peut accompagner et conseiller des chrétiens schizophrènes.

Schizophrénie et péché

Autour de Jay Adams s'est constituée une école qui insiste sur le rôle du péché et de la responsabilité personnelle. La psychose serait un moyen d'esquiver la confrontation avec les vérités bibliques et de se dérober devant les responsabilités de la vie. Prenons l'exemple d'un jeune homme qui devient psychotique à la suite d'un échec scolaire. On dira que la maladie exprime sa façon de contourner son insuccès et sa responsabilité de trouver un emploi.

Je ne voudrais pas mettre en doute le souci louable d'Adams qui est de réintroduire les vérités bibliques dans la relation d'aide. Malheureusement, ses explications reflètent un savoir vieilli et incomplet sur la nature de la schizophrénie, même lorsqu'il lui reconnaît certaines causes organiques. S'il est vrai que le péché est bien la cause des nombreuses difficultés que rencontre l'homme, on ne peut cependant pas appliquer ce concept d'une manière immédiate à la schizophrénie.

Lier deux affirmations vraies par la conjonction «parce que» peut aboutir à une affirmation dangereusement fautive. Prenons l'exemple simple suivant: «Des accidents de circulation surviennent parce que les autos polluent l'atmosphère.» Chacune des propositions est vraie, mais leur association constitue une affirmation fautive. Toutes les voitures contribuent à la pollu-

tion de l'atmosphère, mais seul un petit nombre d'entre elles provoque des accidents. De plus, nous savons fort bien qu'il existe de nombreuses causes d'accidents autres que la pollution de l'air. Considérons maintenant les propositions suivantes: «Tous les hommes sont pécheurs, mais un pour cent seulement est atteint de schizophrénie.» Avons-nous le droit dans ce cas de conclure que les péchés d'un homme sont responsables de sa maladie, sans tenir compte d'autres facteurs?

Un schizophrène peut pécher, au même titre que nous tous. Mais il faut ajouter, même si cette affirmation peut paraître banale, qu'il peut, comme chacun de nous, obtenir le pardon. Dans le cas de schizophrénies légères, le patient jouit, entre les phases de sa maladie, d'une pleine possession de ses moyens. Dans la schizophrénie chronique, maintes attitudes étranges sont plus liées à la maladie qu'à l'expression d'une méchanceté délibérée. On peut alors se poser la question de savoir si le schizophrène chronique commet un péché lorsque, en dépit de plusieurs avertissements, il déambule la nuit avec ses gros sabots dans la chambre et refuse de se laver. Personnellement, je ne le pense pas. Certes, un tel comportement agité peut gêner et éprouver l'entourage du malade, au point qu'il n'est plus possible de le garder à la maison.

Schizophrénie et occultisme

Certains auteurs de livres consacrés à la relation d'aide établissent un lien de cause à effets entre la schizophrénie et les influences démoniaques. Les citations suivantes sont toutes tirées du même livre.

«Toutes les descriptions de psychoses que l'on rencontre dans la Bible associent la maladie à une faute et à des puissances occultes», déclare l'auteur. Il en déduit que dans toutes les psychoses contemporaines, il doit nécessairement exister ce même lien. Pourquoi n'y a-t-il pas davantage de chrétiens qui possèdent cette connaissance? «La raison principale qui explique pourquoi les psychoses sont mal interprétées semble résider dans le fait que la nature exacte de l'esprit qui anime les malades, condition préalable au discernement des puissances à l'œuvre et à la mobilisation contre elles, est manifestement peu ou pas perçue.»

Mais d'autres difficultés surgissent. Comment se fait-il qu'un homme qui n'a jamais touché à l'occultisme soit cependant atteint de psychose? L'auteur répond: «Aucun psychotique ne s'est impliqué lui-même dans l'occultisme d'une façon directe. Mais j'ai pu constater qu'il y avait toujours eu des pratiques occultes dans la vie de ses ancêtres des deux, trois ou quatre généra-

tions précédentes.»

Cette conception a des répercussions sur le traitement. Il faut exorciser le malade. Généralement, cette pratique échoue. Pourquoi? «Le ministère d'exorcisme en faveur des chrétiens psychotiques est généralement un ministère ardu et qui demande un grand investissement de temps... Si les responsables spirituels et la communauté chrétienne tout entière n'ont pas encore la foi suffisante permettant la délivrance effective du malade, il vaut alors mieux le confier à une clinique pour qu'il y reçoive des soins psychiatriques appropriés. Le moment d'une intervention spirituelle sur le malade se présentera ultérieurement.»

Ainsi donc, c'est l'église qui est responsable si l'état du malade ne s'améliore pas. Finalement, la pauvre victime est hospitalisée et confiée aux soins d'un personnel «profane», jusqu'à ce qu'il soit suffisamment bien rétabli et que «l'exorciste» chrétien puisse enfin chasser les puissances spirituelles mauvaises! Je laisse au lecteur le soin d'apprécier si une telle conception est efficace, compatissante ou même biblique.

Est-ce à dire que l'occultisme ne joue aucun rôle dans la schizophrénie? On pourrait répéter à ce propos ce qui a été dit concernant le lien entre péché et schizophrénie. Les schizophrènes aussi peuvent avoir trempé dans l'occultisme. La confession et les prières en vue de la délivrance ne résolvent cependant pas tout le problème. On cause de grands torts aux chrétiens qui traversent des crises de schizophrénie en les déclarant possédés ou influencés par des puissances démoniaques et en les soumettant à des rites fastidieux destinés à chasser les esprits mauvais. Souvent, les prières formulées dans cette situation aggravent la psychose, comme le reconnaît indirectement le Dr Margies lui-même: «Celui dont la foi décroche souffre d'amères déceptions.»

Jusqu'à présent, il ne m'a pas été possible de constater la moindre amélioration de l'état physique et spirituel d'un malade schizophrène, encore moins de sa condition profonde, en m'appuyant sur les modèles dits «spirituels» qui font remonter la schizophrénie à des péchés particuliers ou à des possessions démoniaques. Par contre, la confiance que les proches et les malades eux-mêmes témoignaient à ce genre de responsable spirituel était tellement ébranlée que toute collaboration entre le médecin et lui était devenue impossible.

La question brûlante subsiste: comment traiter des malades schizophrènes? Y a-t-il une autre solution? Peut-on associer les soins psychiatriques et les soins spirituels? Quels sont les moyens dont dispose le vrai «berger» pour aider des malades schizophrènes? C'est à ces questions que le chapitre suivant tentera de répondre.

11 Schizophrénie: Thérapie et relation d'aide

Le traitement de la schizophrénie a considérablement évolué au cours des trente dernières années. Quand je relis l'histoire passée de mes malades, je suis chaque fois ému devant l'effroyable impasse dans laquelle se trouvaient les schizophrènes chroniques avant 1950. Il n'existait pratiquement aucun moyen de calmer leur inquiétude et leurs craintes, et de soulager leur délire. Médecins et gardes-malades avaient recours aux moyens les plus désespérés pour rendre la vie de leurs patients plus supportable. Ceux-ci étaient tellement absorbés par leur monde psychotique intérieur que les marques de sympathie et les consolations extérieures ne les atteignaient même pas. Et il n'était pas question d'envisager pour eux un retour dans leur famille.

Des épisodes schizophrènes légers, qui aujourd'hui régressent en moins de quelques semaines, s'éternisaient des mois et des années en l'absence de médicaments. Hannah Green, dans son livre *Ich hab' dir nie einen Rosengarten versprochen* («Je ne t'ai jamais promis un jardin de roses»), brosse un tableau saisissant de cette époque. Il est révolu le temps où, pour calmer les malades, on les enroulait dans des draps mouillés ou encore on les plongeait dans des bains couverts.

La plupart des schizophrènes vivent hors des cliniques psychiatriques. Leur suivi est une exigence imposée non seulement au médecin et au personnel soignant, mais aussi au psychothérapeute et aux proches qui vivent avec eux. Dans les pages suivantes, j'indiquerai des moyens de venir en aide aux schizophrènes, moyens qui ont des incidences médicales, sociales et spirituelles ou psychothérapeutiques. Le meilleur résultat est obtenu lorsque toutes les parties concernées acceptent de collaborer.

Trois piliers dans le traitement de la schizophrénie

On peut classer en trois grands groupes les nombreuses méthodes thérapeutiques:

1. Les médicaments (neuroleptiques)
2. Un planning journalier bien réglé
3. Un climat émotionnel protégé

1. Les médicaments. Puisque les perturbations de la biochimie cérébrale jouent un grand rôle dans la schizophrénie, les médicaments auront une influence essentielle sur l'état du malade. En premier lieu interviennent les neuroleptiques (Haldol, Fluanxol, Clopixol, Leponex en Suisse, Chlorpromazine, Piportil en France). Ces substances calment et agissent sur la cohérence des pensées. Un traitement médical de longue haleine (par exemple avec des injections à effets retardés) constitue le pilier le plus important pour prévenir des rechutes.

Malheureusement, les médicaments pris même très régulièrement ne résolvent pas tous les problèmes. On ne parvient à maîtriser qu'imparfaitement les schizophrénies graves ou sournoises. Mais l'apaisement du malade peut déjà permettre à ses proches de le garder à la maison au lieu de l'hospitaliser.

Comme tous les médicaments, les neuroleptiques ne sont pas exempts d'effets secondaires. Parmi les inconvénients liés à leur emploi, on peut noter tout d'abord des troubles parkinsoniens, un état de fatigue, une grande salivation et une certaine nervosité dans les jambes. On associe donc en général au traitement principal des correcteurs qui limitent les effets indésirables à un niveau raisonnable. On peut admettre le principe général suivant: le dosage des médicaments est correct si les symptômes aigus sont maîtrisés et le sommeil rétabli.

2. Le bon déroulement de la journée. Les schizophrènes ont souvent du mal à bien organiser leur journée. La psychiatrie moderne s'efforce donc de leur planifier des activités échelonnées sur une semaine, soit dans le cadre de la clinique, soit dans celui d'ateliers protégés. Les malades ont besoin d'une part d'être à l'abri du stress, et d'autre part 1) de savoir leurs aptitudes encore disponibles utilisées et 2) d'avoir un contact avec d'autres gens. Un déroulement journalier bien programmé est important pour les raisons suivantes:

- a) il fournit des repères au malade et fait paraître la journée moins longue;

- b) il lui donne le sentiment d'être utile et de pouvoir accomplir quelque chose de sensé;
- c) il soulage les proches du malade et fait reposer la thérapie sur plusieurs personnes.

3. Un climat émotionnel protégé. Les personnes qui souffrent de schizophrénie sont généralement plus fragiles. La manière dont est conçu leur environnement, et plus particulièrement celui de leurs proches, peut contribuer à prévenir d'éventuelles rechutes. Il faut savoir accueillir le malade avec ses limites, sans lui ôter pour autant toute responsabilité.

Ce n'est pas toujours facile. Il y a encore quelques années, on pensait avoir découvert un facteur important de déclenchement de la maladie dans la manière dont les proches réagissaient. Des chercheurs avaient constaté que les proches de malades qui allaient relativement bien les acceptaient plus volontiers, les réprimandaient moins et leur accordaient une plus grande autonomie. Ils en avaient déduit que les malades allaient mieux parce que leurs proches s'étaient comportés de cette manière-là. Aujourd'hui, on estime de plus en plus qu'il est d'autant plus facile aux proches de se comporter ainsi parce que les patients vont mieux. Les proches et les conseillers ont donc besoin de beaucoup d'encouragement pour pouvoir bien aimer le malade et lui fixer des limites.

Un mot sur la psychothérapie de la schizophrénie

En complément des trois grandes thérapies indiquées ci-dessus, des entretiens d'appoint et des conseils judicieux et pleins de tact aux malades et à leurs proches peuvent être très utiles. Dans les périodes de crise, le malade et sa famille seront reconnaissants de pouvoir compter sur un appui extérieur pour les aider à surmonter les problèmes qui surgissent.

En revanche, la psychothérapie ne s'avère pas toujours efficace dans le cas de malades schizophrènes. Pour la plupart d'entre eux, les psychothérapies sont une surcharge, une trop grande fatigue, et parfois elles causent de sérieux dommages. Des procédés qui cherchent à extérioriser les sentiments et à rappeler dans le champ du conscient des faits enfouis depuis longtemps, pour les analyser lucidement, sont dangereux. J'ai été témoin de nombreuses rechutes et même de suicides à la suite de thérapies psychodynamiques de groupe, d'analyse transactionnelle, de thérapie du cri primal et d'autres méthodes semblables.

C'est le moment de rappeler qu'une relation d'aide intensive peut aboutir aux mêmes conséquences tragiques. Le traitement de la schizophrénie reste du domaine du médecin, soutenu par des conseillers et des pasteurs sages et pleins de tact, qui connaissent leurs limites. Quelle contribution le responsable chrétien solidement fondé sur la Bible peut-il apporter dans le suivi et la guérison d'un schizophrène?

La relation d'aide auprès des schizophrènes

La relation d'aide dépend beaucoup de l'aptitude d'un homme à pouvoir communiquer, de son aptitude à comprendre ce qui lui a été dit, à le mettre correctement en ordre et à l'appliquer. Etant donné que chez les schizophrènes, notamment en période de crise aiguë, la pensée est fortement perturbée, les entretiens de relation d'aide devront être limités.

L'aptitude au dialogue chez un schizophrène dépend du stade d'évolution de la maladie. C'est dans la phase psychotique aiguë que le malade est le moins apte à recevoir. Entre les épisodes de sa maladie, il est possible d'avoir avec lui des entretiens normaux. Il en va de même avec sa vie spirituelle qui est fortement perturbée lorsque la pensée est désorganisée, mais qui reprend son cours normal dès que la pensée redevient cohérente. A ce moment, la foi constitue un solide appui pour le malade.

C'est pourquoi j'aimerais envisager les possibilités et les limites de la relation d'aide auprès des malades schizophrènes, d'une part au moment de la phase aiguë, d'autre part lors de la phase résiduelle et au cours des périodes ne présentant aucun symptôme particulier.

Que faire au moment d'une crise aiguë?

1. Gardez votre calme et efforcez-vous de ramener le malade sur le terrain de la réalité, en abordant avec lui sa situation réelle, même si vos arguments lui sont difficilement accessibles. Les circonstances qui rendent l'hospitalisation indispensable peuvent être si dramatiques qu'elles risquent facilement de troubler le pasteur ou l'ami chrétien.

2. Soyez conséquent et faites tout votre possible pour que le malade souhaite ou accepte un traitement médical. A ce stade, les malades doivent impérativement être suivis par des spécialistes. Un schizophrène en épisode

aigu peut rarement être soigné avec succès en médecine ambulatoire. En règle générale, ces malades n'ont pas la notion de la gravité de leur état. C'est pourquoi, selon les circonstances, ce sera à vous qu'il appartiendra de prendre la décision; vous devrez le faire sans montrer la moindre hésitation. Comme les malades ont perdu tout sens d'orientation de leur vie, c'est à vous, en tant que responsable de la relation d'aide, de leur montrer la direction à prendre.

3. Adoptez une attitude naturelle et sans contrainte. Ne prenez pas un air protecteur, mais ayez avec le patient des rapports sociaux normaux et parlez-lui d'une manière naturelle.

4. Rendez-lui visite pendant son temps d'hospitalisation, afin qu'il ne perde pas le contact avec le monde normal. Pendant son hospitalisation, il est important de préparer le malade à ce qui va suivre. C'est à ce moment qu'il convient de parler au patient de l'amour de Dieu et de celui de la communauté, et de souligner fortement la réalité du soutien divin après la phase d'hospitalisation. Mais un mot d'avertissement s'impose: au début, lorsque vous rendez visite à un malade, tenez compte de l'avis du personnel soignant. Car pour les nerfs fragiles du patient, les visites peuvent être une réelle épreuve et entraîner une aggravation passagère de son état.

Relation d'aide après la sortie de l'hôpital

Le traitement médical n'exclut nullement un suivi spirituel prudent. C'est même une nécessité, pour le croyant qui a traversé une psychose avec son cortège de craintes, de comprendre et de faire face à sa maladie à la lumière de sa foi.

Quelles sont les questions auxquelles le responsable spirituel sera confronté? Au cours de mes nombreux entretiens, j'ai constaté que les questions pouvaient se classer en trois catégories:

1. des questions relatives à la foi
2. des questions relatives à la maladie: ses causes, son évolution, son traitement
3. des questions sur les moyens de surmonter les difficultés de la vie:
 - a) comment s'y prendre quand on est plus fragile? - b) organisation pratique de la vie - c) conseils et encouragement des proches.

Questions relatives à la foi

L'expérience de la psychose soulève pour le malade et ses proches des questions fondamentales qu'ils ne peuvent généralement pas aborder avec le psychiatre. En voici quelques-unes:

- Pourquoi Dieu la permet-il?
- Quelle est la cause de cette maladie? Est-elle la conséquence d'un péché particulier ou de pratiques occultes?
- Nous avons tout essayé, pourquoi la prière n'agit-elle pas?
- Pourquoi la vie spirituelle est-elle tellement perturbée?
- Dora, une vendeuse âgée de 23 ans: «Je n'ai plus aucune certitude de mon salut! C'est comme si ma voisine me l'avait prise. Elle me scrute avec tant d'insistance!»
- Richard, un enseignant de 32 ans: «Je suis souvent si fatigué et je ne comprends plus rien à la Bible. Je me traîne d'un endroit à un autre. Dieu peut-il encore m'accepter?»
- Y a-t-il encore de l'espoir?

Comme vous l'avez sans doute remarqué, il n'existe pas de réponses simples à ces questions. Il faut souvent se débattre avec les souffrances d'un schizophrène comme avec les tourments d'un cancéreux. La relation d'aide doit se caractériser alors par la compassion et la patience, non dans une attente résignée, mais dans un support actif des faibles, assurée qu'elle est de l'accomplissement des promesses de la Parole de Dieu. Les chrétiens ont une espérance qui va bien au-delà de la santé, des performances, de la richesse et du bonheur!

Il ne faut pas prêter trop d'attention au délire mystique, car dans la plupart des cas, il régressera de lui-même. On peut tout au plus lui opposer, d'une manière simple mais convaincue, les réalités bibliques. On aurait ainsi pu répondre à la question de Dora: «Pour l'instant, vous n'êtes pas en mesure de vous accrocher à la foi, comme jadis. Mais Jésus est fidèle. Il est plus puissant que toutes les puissances du mal réunies. Il nous tient, même quand nous n'avons plus la force de nous cramponner à lui. Vous expérimenterez à nouveau la joie de croire. Mais il faut du temps jusqu'à ce que vous soyez complètement rétablie.»

Richard, lui, est un enseignant qui, depuis huit ans, n'est plus capable d'exercer sa profession (état résiduel). Il a toujours besoin d'entendre ces paroles consolatrices qu'aux yeux de Dieu, sa valeur ne dépend pas de ses performances. Il s'accroche principalement à la promesse: «De même, l'Esprit aussi vient nous aider, nous qui sommes faibles. Car nous ne savons pas prier

comme il faut; mais l'Esprit lui-même prie Dieu pour nous avec des gémissements qu'on ne peut exprimer par des paroles.» (Rm 8:26, Bible en français courant) Les réponses qu'on peut fournir dans ce cas sont identiques à celles que l'on donne à des malades atteints de lourds handicaps physiques. J'ai maintes fois expérimenté comment des malades, dans la faiblesse de leur schizophrénie résiduelle, ont appris à faire confiance à Dieu et à puiser leur force dans sa Parole. Il va de soi que la relation d'aide ne saurait être isolée de l'aide pratique ni des conseils donnés au patient et à ses proches.

Questions relatives à la maladie

C'est précisément parce que la schizophrénie est une maladie mal perçue que le conseiller spirituel est confronté à des questions qui la concernent et auxquelles il doit pouvoir apporter des réponses. La lecture attentive de ce livre vous aura donné suffisamment d'éléments pour répondre aux principales questions sur les causes, le déclenchement et l'évolution de la schizophrénie.

Les malades veulent souvent connaître l'avis du pasteur sur les médicaments: «Faut-il vraiment que je prenne ces comprimés? Je ne voudrais pas devenir toxicomane!» Il ne faut jamais conseiller à un malade de ne pas prendre de neuroleptiques. Dites-lui de s'en remettre à son médecin et rappelez-lui à quel point les médicaments sont utiles, même s'ils provoquent quelques effets secondaires. Il vaut mieux prendre des médicaments et vivre, travailler et participer à la vie de l'église normalement, que de refuser les comprimés et les piqûres et de tomber dans une psychose.

La prise régulière de neuroleptiques ne doit pas automatiquement être interprétée comme une toxicomanie. Il est préférable de la comparer à l'administration d'insuline chez un diabétique qui lui aussi souffre d'une carence dans les échanges chimiques à l'intérieur de son corps. D'ailleurs, le fait de dormir régulièrement et suffisamment est un signe du bon dosage du traitement médical. Si vous deviez constater qu'un malade schizophrène dort soudain moins et qu'il est davantage agité, prenez immédiatement contact avec son médecin.

Compassion et patience

Les proches du patient aussi ont souvent besoin de pouvoir parler de la maladie. Ils se demandent fréquemment: «Dans le comportement du ma-

lade, qu'est-ce qui est à mettre au compte de la maladie? Qu'est-ce qui est intentionnel? Comment devons-nous nous comporter? A partir de quels signes faudra-t-il envisager une nouvelle hospitalisation du malade?» Il n'est pas toujours facile, même pour une personne expérimentée, de répondre à ces questions. Il ne s'agit pas nécessairement en premier lieu de savoir ce qui est bien et ce qui ne l'est pas, mais ce que les proches et conseillers sont capables de supporter dans une situation donnée. Pour celui qui n'a jamais connu combien une telle situation peut être pénible, il vaut mieux s'abstenir de donner des conseils. Dans tous les cas, il faut faire preuve de beaucoup de tact et de compassion à l'égard du patient et de sa famille.

Les personnes chargées de la relation d'aide auprès des schizophrènes doivent avoir beaucoup de patience et être prêtes à porter les fardeaux du malade et de ses proches, même si cela n'entraîne pas de changements spectaculaires. Il n'y a aucune raison de perdre l'espoir. Sachez que dans 75 pour 100 des cas traités médicalement, on constate une amélioration de l'état de santé, mais il faut du temps. Celui qui porte les fardeaux des autres doit savoir qu'il «accomplit la loi du Christ» (Ga 6:2). Il ne suffit pas d'exhorter par des textes bibliques seulement. Si vous désirez vraiment aider des malades psychiques chroniques d'une manière efficace, vous découvrirez tout à nouveau ce qu'est la relation d'aide qui console et supporte.

Le rétablissement total – un but souhaité ou une exigence insupportable?

Souvent, des responsables spirituels bien intentionnés (mais aussi des psychologues et des agents du secteur social, formés à l'école de la thérapie comportementale) ont tendance à mettre sur les épaules du patient et de sa famille un fardeau qu'ils ne peuvent porter. Je demandai un jour à un médecin chrétien très engagé: «Quel but poursuivez-vous en soignant des malades schizophrènes? - Qu'ils retrouvent une santé égale à la mienne», me répondit-il. Cela me fit mal.

Pourquoi? Ce désir n'est-il pas justifié? S'il est assurément louable, ses conséquences vont cependant exiger trop du malade et par conséquent de soi-même. A long terme, le résultat ne peut qu'être décevant pour le malade, le médecin et le pasteur.

Les malades schizophrènes qui ont déjà eu plusieurs crises et chez qui se dessine une évidente diminution des aptitudes et de la résistance sont aussi plus fragiles, même dans leurs «bons» moments. On décrit parfois le schizo-

phrène chronique comme une personnalité «érodée». L'image suggère bien qu'on est en présence de personnes aux réactions émotives émoussées, et ne faisant pas preuve d'un grand esprit d'initiative.

La manière dont ces malades sont aujourd'hui entourés et suivis dans les établissements hospitaliers, dans des foyers et dans des appartements communautaires où ils reçoivent leurs soins, permet de les activer sensiblement. Mais il faut toutefois reconnaître la différence qu'il y a entre ce qu'on peut attendre d'eux et ce qui est manifestement trop leur demander. Il est vrai qu'on peut amener ces malades jusqu'à un certain niveau et les stimuler pour accomplir de grandes performances, mais ils vivront alors souvent sous la désagréable pression du succès et sous une tension qui peut causer une nouvelle rechute. Sans un contrôle constant, ils n'ont plus en eux la force d'appliquer par eux-mêmes ce qu'ils ont appris autrefois. Ils sont comme les petits morceaux d'un bloc de grès: même en les soumettant à une forte pression, ils ne retrouvent pas la forme du bloc initial.

Les thérapeutes qui ne reconnaissent pas ces limitations du malade me font penser aux enfants qui avec beaucoup d'enthousiasme bâtissent des châteaux de sable. A peine leurs chefs-d'œuvre sont-ils livrés aux vents et aux vagues qu'il ne reste plus que les vestiges des splendides tours, ponts-levis et galeries patiemment moulés dans le sable.

En présence de nos malades chroniques, nous devons nous demander: Où sont les limites du possible? Qu'est-ce qui est préférable: un homme qui vit avec ses limites et s'en contente, ou un malade qui parvient à un niveau supérieur grâce à la constante pression insufflée par plusieurs thérapeutes? Lorsque les efforts pour réintégrer le malade dans la vie ont montré qu'il a atteint les limites de ce qu'il peut faire, acceptons ces limites et aidons le patient à en tirer le meilleur parti. Il n'est pas du pouvoir ni du devoir des médecins et psychothérapeutes de faire reprendre au malade sa place initiale dans un monde axé sur les performances. Nous n'avons pas pour vocation de bâtir de spectaculaires châteaux de sable, mais de construire dans l'amour un cadre pour ces tours de sable partiellement détruites que sont les schizophrènes chroniques, de les protéger, de les encourager et de les porter, en étant pleinement conscients de leur faiblesse.

Troisième partie

**Entourer
les
faibles**

.....

12 Soins globaux aux malades psychiques

Quelles sont les possibilités de venir en aide à des malades en pleine crise psychique? Existe-t-il pour les malades psychiques un traitement d'ensemble qui leur apporte un secours au lieu de la résignation, et suscite un espoir en lieu et place de paroles en l'air? Allons encore plus loin: peut-on tirer de la Bible des données sur une conception globale de la relation d'aide pratique auprès des malades psychiques?

Une pensée perspective

Après tout ce qui a déjà été dit dans ce livre, une chose est certaine: on ne peut représenter les troubles psychiques par des modèles simples. Nos connaissances sur les causes et sur le traitement sont, comme dans beaucoup d'autres domaines, fragmentaires. La Bible nous fournit des indications générales, mais ne nous donne pas de réponse précise à toutes les questions qui se posent en psychiatrie, pas plus qu'elle ne dit comment il faut pratiquer une appendicectomie.

Les relations complexes entre les différents facteurs ne peuvent se décrire qu'au moyen de représentations qui resteront toujours inappropriées pour donner une image complète. Les courbes de niveau figurant sur une carte topographique ne peuvent jamais restituer les sentiments qui animent le touriste à la vue du Cervin. De même, aucun savoir, aussi détaillé soit-il, sur la nature des maladies psychiques, ni aucune théorie, aussi fascinante soit-elle,

sur leur guérison, ne remplaceront l'âpre lutte personnelle dans laquelle se débat celui qui se consacre aux soins et à l'accompagnement des malades psychiques, qu'il soit médecin, psychothérapeute ou pasteur.

C'est pour cette raison que je ne veux pas entrer ici dans le détail des théories enseignées dans les grandes écoles de psychothérapie qui se sont développées au cours des années. Toutes ont décrit des aspects de la nature humaine, mais elles sont trop souvent restées sur un seul plan. Les unes mettent l'accent sur la nécessité de revenir aux difficultés vécues durant l'enfance, les autres se limitent à une thérapie médicamenteuse. Certaines placent au centre de leur action les expériences du patient, d'autres plaident pour un changement radical des structures familiales comme condition de guérison. Ces tendances s'observent aussi dans la relation d'aide. Il existe un large éventail de pratiques, qui vont des conseils que le thérapeute puise dans la Bible pour recommander au malade une conduite appropriée, jusqu'aux expériences charismatiques de guérison intérieure.

Celui qui ne conçoit l'homme que dans un univers unidirectionnel, que ce soit celui de son corps (prédispositions), celui de ses relations sociales (monde environnant), ou celui de sa pensée et de sa conduite (réaction), ne lui rend pas justice. Je doute même qu'il puisse l'aider d'une manière vraiment efficace. Nous devons donc nous efforcer de représenter l'homme dans une perspective plus vaste, qui tient compte des différents angles d'observation et le considère comme un tout.

Quel est le but de la thérapie?

Quel est finalement le but des soins dispensés aux malades psychiques? Souvent, la réponse spontanée résonne ainsi: qu'ils retrouvent la santé! Il est de fait vrai que de nombreux malades qui ont souffert de troubles psychiques ont de grandes chances de se rétablir complètement. D'autres par contre souffriront leur vie durant des limites de leur psychisme. Les formules unilatérales à l'emporte-pièce telles que «santé mentale» ou «guérison totale» ne leur sont pas d'un grand secours.

D'où la nécessité de reformuler en termes nouveaux le but que l'on cherche à atteindre. On n'aide pas toujours les personnes faibles psychiquement en restaurant leur santé au niveau antérieur à la maladie, ou en leur facilitant l'adaptation aux idéaux de notre société fondée sur la compétition. Il ne suffit pas de fixer notre attention uniquement sur les symptômes ou sur l'évolution de la maladie et de tout faire pour les contrecarrer. Cette conception du rôle

thérapeutique est d'ailleurs battue en brèche dans le cas des troubles profonds du domaine de la pensée (tendances dépressives, obsessions ou idées délirantes paranoïdes). Toute thérapie doit avoir pour objectif à long terme de permettre au malade d'assumer son existence dans le monde actuel en tenant compte de ses limites. Il s'agit là d'une conception profondément chrétienne qui fait preuve de compassion et de réalisme, et qui va bien au-delà d'un accompagnement résigné de malades pour lesquels «on ne peut plus rien».

La relation d'aide biblique est concrète

Pratiquer la relation d'aide, c'est aider quelqu'un à affronter les vicissitudes de la vie en s'appuyant sur les affirmations bibliques. C'est en ces termes que j'ai brièvement défini la relation d'aide au premier chapitre. Elle va donc bien au-delà de la conception courante d'un simple entretien sur des questions spirituelles. La relation d'aide, telle que je la perçois d'après la Bible, ne s'intéresse pas en premier lieu au pourquoi; elle aide à comprendre le pour quoi, c'est-à-dire la finalité, de manière à orienter la vie dans une nouvelle direction, vers une nouvelle destination. Je suis donc inquiet devant les tendances affichées dans certains cercles religieux qui cherchent avant tout les raisons probables d'une maladie et négligent par conséquent de compatir aux souffrances du patient.

La Bible présente toute une palette de moyens efficaces pour aider le malade, notamment le malade psychique, à affronter les difficultés de sa vie. L'apôtre Paul encourageait les premiers chrétiens à mettre sur pied un vaste programme de relation d'aide:

- avertissez ceux qui vivent dans le désordre,
- consolez ceux qui sont abattus,
- supportez les faibles,
- usez de patience envers tous (1 Thess. 5:14).

Comment appliquer ces recommandations dans les rapports avec les malades psychiques?

D'abord, le chrétien doit être en mesure d'établir une claire distinction entre celui «qui vit dans le désordre», celui «qui est abattu» et «le faible». Il doit être capable de poser un diagnostic différent.

«Ceux qui vivent dans le désordre» sont des gens qui, dans l'ensemble, peuvent assumer leurs responsabilités dans la vie. Mais ils vivent dans le péché et se conduisent d'une manière telle qu'ils s'exposent à de sérieuses diffi-

cultés. Ils ont donc besoin d'être avertis et corrigés.

Les personnes «abattues» sont celles qui traversent une crise ayant pour cause des circonstances particulièrement pénibles et des conflits intérieurs. Elles souffrent souvent de sentiments d'accablement, d'infériorité, de frustration et de crainte, qui peuvent aussi assombrir leur vie spirituelle.

Quant aux «faibles», ce sont ceux dont l'existence est manifestement limitée, en raison d'un handicap physique ou mental. En dépit de la meilleure volonté, ils ne peuvent pas ou ne peuvent plus accomplir de grandes choses, que ce soit dans le domaine de la vie quotidienne ou dans celui de la vie spirituelle. Ils n'en ont pas pour autant moins de valeur aux yeux de Dieu. Mais ils doivent pouvoir compter sur un jugement plus miséricordieux de la part des autres hommes.

Ensuite, il faut répondre à des problèmes différents par des solutions différentes, autrement dit pratiquer une thérapie différenciée. On a trop souvent tendance à appliquer à des malades psychiques graves des vérités qui ont fait leur preuve sur des personnes légèrement malades, sans réaliser que ces mêmes vérités peuvent ne produire aucun effet sur eux. Que de fois on cause du tort à des personnes dépressives quand on profite de leur sentiment exacerbé de culpabilité pour les exhorter à se repentir, alors qu'elles ont déjà si souvent demandé pardon pour le moindre petit péché commis.

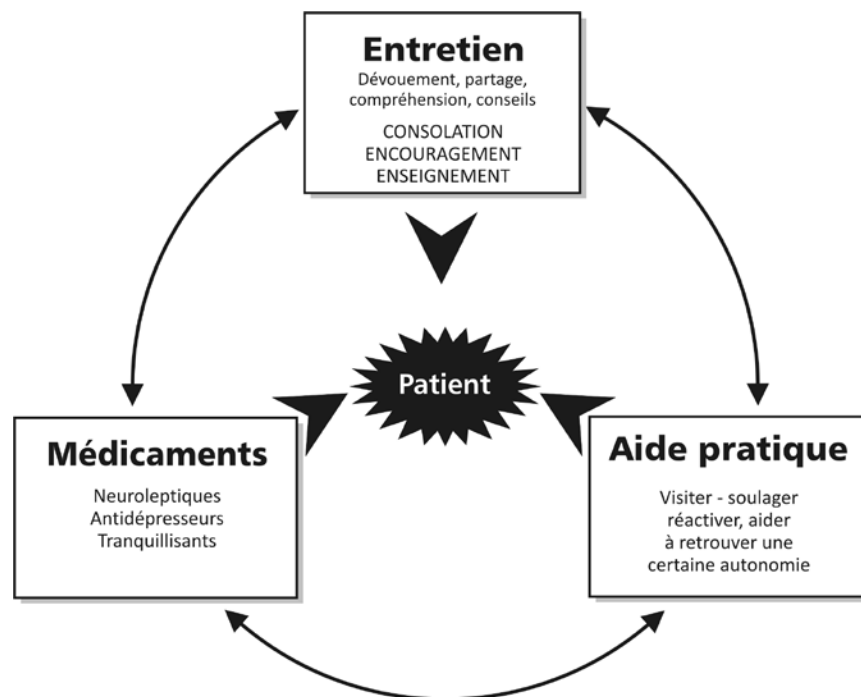
Ce sont surtout les responsables évangéliques qui sont exposés au danger d'une relation d'aide essentiellement orientée sur l'avertissement et la réprobation. Dans les rapports avec les malades psychiques, il convient de redécouvrir les consolations des Saintes Ecritures et d'être prêt à porter les faibles dans les affaires pratiques de la vie courante.

Enfin, la cicatrisation de blessures psychiques exige du temps. Ce n'est pas en vain que l'apôtre Paul exhorte les chrétiens de Thessalonique à faire preuve de patience envers tous! La patience est une vertu active, et non passive. Elle n'est pas synonyme de résignation devant les difficultés de la vie, mais plutôt le fait de s'ouvrir à l'autre, de le rencontrer et de lui procurer un espace de vie commune. Dans ce sens, la patience, ou la longanimité de l'homme, n'est pas un trait de caractère, mais la première œuvre de l'amour.

Sur le schéma ci-dessus, j'ai essayé de proposer un modèle simple de soins globaux pour des malades psychiques. Au centre se trouve le patient avec ses détresses intérieures et ses difficultés extérieures. Suivant la nature et la gravité de sa maladie, il aura besoin d'une ou de plusieurs offres d'entraide, que j'ai regroupées en trois volets:

Figure 12-1:

Soins globaux envers les malades psychiques



1. Entretien
2. Aide pratique
3. Médicaments

Les différentes approches se complètent mutuellement, et seule leur action convergente aide efficacement le malade. L'utilisation de médicaments exige une étroite collaboration entre le pasteur et le médecin. Inversement, le médecin doit aussi être informé des efforts déployés par le conseiller spirituel qui, entre les consultations du médecin, visite, encourage, soutient et porte le malade.

L'entretien utile

«Les discours agréables sont un rayon de miel, douceur pour l'âme et remède pour le corps.» (Pr 16:24) C'est ainsi que la Bible décrit les effets bienfaisants de l'entretien. Elle est remplie d'indications sur les conséquences thérapeutiques de paroles dites à propos: «La mort et la vie sont au pouvoir de la langue; celui qui l'aime en mangera les fruits», écrit Salomon (Pr 18:21).

Mais l'entretien bienfaisant commence avant que le premier mot ne vienne sur les lèvres de la personne secourable. Il débute par notre attitude intérieure à l'égard de celui qui souffre. Dans ce domaine, Jésus est un modèle incomparable. Quel amour il avait envers les personnes qui cherchaient son secours! «Son cœur fut rempli de pitié pour les foules qu'il voyait, car ces gens étaient fatigués et découragés, comme des moutons qui n'ont pas de berger», rapporte l'évangéliste Matthieu (9:36, Bible en français courant). Sa compassion n'était pas condescendance, comme une aumône que l'on donne, mais exprimait la plus profonde sympathie, mot qui signifie étymologiquement «souffrir avec».

Lui qui savait tout ce qu'il y a dans le cœur des hommes est venu à leur rencontre non comme le Dieu qui juge, mais comme le Sauveur compatissant. Jésus savait distinguer les forts des faibles. Il a repris avec véhémence les pharisiens arrogants, mais il a fait preuve de beaucoup de compassion et d'amour à l'égard des faibles. Cette attitude de compassion envers les faibles, attitude que j'ai constamment exposée et défendue dans ce livre, est la condition préalable la plus importante pour qu'un entretien avec des malades psychiques soit assorti de paroles consolatrices et réconfortantes.

A cela s'ajoute un autre préalable: être prêt à écouter. Ecouter quelqu'un, c'est lui prêter toute son attention, sans penser immédiatement à ce qu'on va lui répondre lorsqu'il cessera de parler. Voici comment Jacques exhorte ses lecteurs: «Ainsi, que tout homme soit prompt à écouter, lent à parler, lent à se mettre en colère.» (Jc 1:19) L'écoute silencieuse initiale peut, au cours de la discussion, se transformer en écoute active. On entend par là une façon de poser des questions prudentes et de demander des précisions, qui encouragent le malade à sortir de sa coquille et à ouvrir son cœur. Mais dans ce domaine, la règle demeure: ne pas céder à la tentation de donner des explications ou des conseils prématurés. Il faut beaucoup de tact et de patience pour trouver les bonnes paroles et le ton adéquat. Les personnes psychiquement fragiles sont en général terriblement sensibles et susceptibles. C'est pourquoi il faut prendre en considération la personnalité et l'état de son interlocuteur. Le pasteur ou le chargé de la relation d'aide devra toujours se demander: «Quels

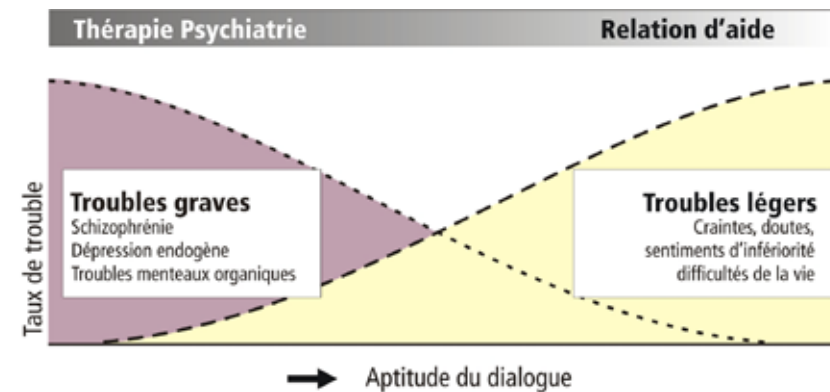
sont les mots qui vont toucher la corde sensible du malade? Comment aider cette personne à croître intérieurement et à mieux gérer sa vie?»

Enfin, le conseiller spirituel doit bien connaître ses limites. Dans un entretien avec un malade psychique, il ne peut viser les mêmes buts que dans un entretien avec une personne présentant une réceptivité normale. Plus la souffrance est profonde et l'état grave, moins le patient est attentif au dialogue. La figure 12-2 représente l'aptitude au dialogue en fonction de la gravité de l'état du malade.

Comme nous l'avons clairement indiqué lors de l'étude des différentes maladies psychiques, les personnes atteintes de graves dépressions ou traversant une crise schizophrène aiguë sont à peine attentives à leur environnement. Il serait illusoire de vouloir leur enseigner des vérités bibliques d'une manière logique durant ces moments de doute et de bouleversement intérieur complet. Il faut tout simplement du bon sens, et non une théorie systématique; une manière d'agir pratique et décidée qui ne recule pas devant la collaboration avec le médecin et la nécessité d'un traitement médicamenteux.

La relation d'aide ne se limite pas à la parole exprimée. Car le chrétien sait bien que tous ses efforts seraient vains si Dieu ne venait pas lui-même agir dans le patient. Jésus a toujours étayé ses entretiens et ses actes avec ses prières. Dans l'intercession, le conseiller chrétien entre dans une nouvelle phase de

Figure 12-2:
Aptitude au dialogue en fonction de la gravité de l'état maladif



son action en faveur du malade, même si extérieurement il ne peut pas grand chose pour lui.

Le fait de prier avec le patient l'aide souvent plus que ne le font un long discours et de nombreuses citations bibliques. Une malade atteinte d'une grave dépression me raconta qu'au sein de sa détresse, elle s'était rendue chez son pasteur. Elle n'était pas bien disposée pour écouter ses paroles. Mais ensuite, le pasteur l'avait ointe d'huile et avait prié pour elle avec les anciens de l'église. Cette marque d'attention et cette bénédiction lui avaient fait un bien énorme et lui avaient redonné du courage pour affronter la vie.

A ce propos, de nombreux responsables religieux encouragent la prière pour la délivrance des puissances occultes, si importante, selon eux, dans le cas de maladies psychiques. Ils appuient leurs thèses sur des textes des Évangiles qui présentent de nombreux cas où Jésus a chassé des démons d'une manière spectaculaire. L'expérience montre qu'il est difficile d'identifier ces malades à des patients souffrant de psychose endogène grave. C'est pourquoi la plus extrême prudence est de rigueur avant d'attribuer les troubles psychiques à une influence démoniaque. La prière de libération formulée par un responsable a peut-être aidé certains malades légers, mais dans de nombreux autres cas, elle a produit un effet inverse: au lieu d'expérimenter une libération intérieure, les malades ont éprouvé un accablement plus grand; au lieu de tourner leur regard sur le support divin, les malades font une fixation malade sur les puissances démoniaques. Le Dr Lechler, neurologue chrétien bien connu, a écrit ces paroles judicieuses: «J'ai constaté, dans d'innombrables cas, à quel point le fait d'attribuer faussement l'origine de leurs troubles à des possessions démoniaques peut avoir des effets néfastes sur les malades psychiques. On cause un tort considérable à un malade qui souffre de troubles d'humeur ou de troubles mentaux quand on lui reproche d'être tombé sous la puissance du diable. Celui qui se permet de prononcer un tel jugement, en n'ayant aucune connaissance de la vie psychique malade ni des puissances démoniaques, celui-là agit d'une manière inconsidérée, voire cruelle.» (A. Lechler, Krankheit oder Dämonie, Stuttgart 1978).

Aide concrète

Les soins globaux dispensés aux malades psychiques doivent dépasser le simple cadre des paroles amicales. Le psychothérapeute ne peut en rester au stade du dialogue. La relation d'aide n'a pas le droit de se limiter à l'entretien. Lorsque Jésus évoque le jugement final, il montre bien que le juge ne se fie

pas aux paroles, mais qu'il en appelle aux actes (Mt 25:34-35). Aux justes, il déclarera: «Dans la mesure où vous avez fait cela à l'un des plus petits de mes frères, c'est à moi que vous l'avez fait.»

L'amour agissant peut redonner aux faibles le courage d'affronter le quotidien et de s'aventurer dans la vie. Je propose de considérer cette aide pratique sous trois aspects qui se retrouvent d'ailleurs toujours, que la personne souffre de troubles psychiques ou qu'elle ait une jambe cassée:

1. Soutenir
2. Activer
3. Réintégrer

1. Soutenir. On n'exige pas d'un malade qui a la jambe cassée qu'il se remette aussitôt à déambuler. On plâtre d'abord sa jambe pour consolider et immobiliser l'os brisé, et permettre ainsi aux deux parties de se ressouder. Le malade psychique traverse aussi des moments où chaque effort lui coûte et tend à le plonger davantage dans son monde de souffrance. Soutenir le malade psychique, c'est alors le décharger, lui ôter provisoirement certaines tâches et accomplir des choses simples à sa place. On proposera par exemple à une femme dépressive de l'aider dans ses travaux ménagers ou de garder ses enfants de temps à autre. Ces tâches-là, aussi simples soient-elles, ni le médecin, ni le personnel soignant ne peuvent s'en charger; elles reposent donc sur les épaules de la famille et des amis du malade.

2. Activer. Lorsque la glace d'une dépression fond peu à peu, ou que la tourmente de feu d'une crise schizophrène s'apaise, de nouveaux bourgeons de vie ne demandent qu'à germer timidement. Il faut à ce moment apprendre à discerner les ressources ou l'énergie vitale du patient, autrement dit les parties saines de son être, ses penchants et ses talents, et découvrir les meilleures conditions de logement et de travail qui lui faciliteront le retour à la vie normale. Toutes les ressources du patient seront examinées dans le cadre du suivi médical et devront être respectées par tous les intervenants extérieurs à l'établissement hospitalier.

Un entretien avec l'employeur sera sans doute nécessaire; on pourra aussi trouver de la famille qui sera disposée à accueillir le malade à la campagne. Dans tous les cas, il est bon qu'une personne assure la coordination de toutes les démarches entreprises, en informe l'intéressé et sa famille, et veille à l'exécution des projets. La devise restera: encourager le malade sans l'accabler. Quand on exige trop d'un seul coup d'un patient, on risque de créer en lui de

terribles tensions intérieures susceptibles de menacer l'équilibre qu'il vient tout juste de retrouver, et de le plonger dans une rechute.

3. Réintégrer. En psychiatrie, ce terme désigne la réintégration et l'adaptation d'une personne à la vie professionnelle et à la vie privée, après sa maladie. Malheureusement, une partie seulement des malades recouvrent la totalité de leurs moyens d'avant la crise. Le plus souvent, il s'agit de procurer au malade une vie aussi épanouie que possible, tout en tenant compte des limitations imposées par son état. La psychiatrie sociale, qui a des centres de conseil dans la plupart des grandes villes, s'efforce aujourd'hui d'assurer la réintégration des malades. En collaboration avec des organismes de bienfaisance (en Allemagne) et avec l'Assurance Invalidité (en Suisse), de nombreux foyers et ateliers protégés ont été construits pour permettre la réinsertion des malades psychiques. En France, de nombreuses institutions d'inspiration chrétienne se sont regroupées au sein de l'Asev (Action sociale évangélique) pour proposer des solutions chrétiennes aux personnes qui rencontrent ces problèmes.

Ne pas oublier la famille

Dans le branle-bas de combat pour aider les malades, on néglige souvent leur famille. Le psychiatre ne voit les patients qu'à l'heure des consultations; en revanche, les parents, les frères et sœurs ou les conjoints doivent vivre avec eux 24 heures sur 24. Ils souffrent déjà beaucoup du comportement changé et insaisissable de leurs bien-aimés, mais ils sont souvent mal récompensés des efforts qu'ils déploient pour les entourer et des soins qu'ils leur dispensent. Ils finissent par éprouver un sentiment d'échec, de culpabilité et d'impuissance qui les isole du reste du monde.

Lorsque se déclare une schizophrénie, la famille du malade est comme plongée dans un monde étranger, sans carte pour s'orienter. Il est donc du devoir du personnel hospitalier, du médecin de famille et du responsable spirituel de la famille de prendre au sérieux ses détresses et de lui donner des conseils pour mener à bien sa tâche difficile à l'égard du malade.

Ces dernières années, on a pris conscience de l'importance croissante de la famille dans le suivi du malade psychique. Il existe maintenant des rencontres organisées pour les familles, au cours desquelles celles-ci apprennent à mieux connaître la maladie et peuvent partager avec d'autres leurs difficultés et leurs expériences. En fait, les familles connaissent souvent mieux que les

médecins les problèmes pratiques que soulève la présence en leur sein de malades psychiques.

La façon dont les membres de la famille se comportent à l'égard du malade peut considérablement atténuer ses tensions internes et empêcher les rechutes. Pour peu que les familles soient épaulées et encouragées, il leur est plus facile de faire preuve de tact dans leurs rapports avec le malade, et de l'assister lors de ses crises.

L'aide par les médicaments

Ce que les profanes contestent le plus dans le cas de maladies psychiques, c'est l'utilisation de médicaments. Des personnes secourables bien intentionnées associent trop souvent la prise de médicaments psychiatriques à l'idée de toxicomanie et de dépendance, et lui reprochent d'éteindre ou de modifier la personnalité. Troublés et mettant en doute l'efficacité des médicaments, des malades négligent de les prendre, ce qui a pour effet dans de nombreux cas d'aggraver leur état.

Je pense à une jeune femme qui avait déjà été hospitalisée plusieurs fois à la suite de crises schizophréniques. La prise régulière de médicaments avait permis un développement réjouissant de son état. Elle apprit un métier, passa son permis de conduire, se trouva un appartement et commença à travailler. Elle se joignit à un groupe de jeunes et prit une part active à la vie de l'église. Pendant des années, elle n'eut plus besoin de séjourner en milieu spécialisé, pas même pour de courtes périodes. Elle connut bien quelques crises passagères qui furent surmontées grâce à des entretiens encourageants et à un changement provisoire de la posologie de ses médicaments.

Un jour, il lui prit l'idée de «vivre par la foi». Elle décida de ne plus prendre ses médicaments. Pendant quelques mois, son organisme tint le coup. Mais peu à peu elle perdit de son assurance, devint susceptible et incertaine. Elle perdit son emploi, se mit à déraisonner et dut finalement être hospitalisée. La chrétienne rayonnante que j'avais connue lors des consultations faisait désormais pitié à voir. Elle avait espéré pouvoir s'affranchir de ses médicaments, et maintenant elle était à nouveau dominée par ses pensées divagantes et à la merci de ses angoisses hallucinatoires.

De tels cas m'attristent et m'irritent parfois. En effet, ceux qui ont conseillé au malade de ne plus prendre ses médicaments ne sont généralement plus là quand il s'agit de lui retrouver un nouvel emploi, de payer ses dettes et de veiller sur lui jusqu'à ce qu'il soit sorti de son mauvais pas.

Je le rappelle une fois encore: c'est l'apparition des médicaments spécifiques qui a rendu possible le développement de la psychiatrie et qui a ôté l'effroyable spectre attaché à tant de maladies mentales. Le médecin dispose de trois types de médicaments pour soigner les maladies psychiques:

1. les neuroleptiques qui sont utilisés en premier lieu dans le traitement des psychoses;
2. les antidépresseurs qui ont prouvé leur efficacité dans le traitement des dépressions;
3. les tranquillisants (essentiellement benzodiazépines) qui calment, relaxent, suppriment les angoisses et, dans certains cas, facilitent le sommeil.

Pour d'autres informations sur ces médicaments et leur action, il vaut mieux se reporter à la description détaillée de chaque maladie concernée et aux ouvrages spécialisés qui leur sont consacrés. Si certains médicaments ne sont à prendre que pendant un laps de temps court et défini pour sortir le malade de la crise, d'autres, notamment les neuroleptiques, doivent en revanche être administrés pendant des années, afin de prévenir toute rechute chez des malades schizophrènes.

Un complément à la relation d'aide

A côté de l'entretien et de l'aide pratique, les médicaments constituent aujourd'hui le troisième pilier dans les soins globaux dispensés aux malades psychiques. Le chrétien peut, lui aussi, les utiliser avec reconnaissance. Les médicaments peuvent être de précieux auxiliaires de la relation d'aide. Ce sont souvent eux qui, en améliorant d'abord l'état du malade, permettent ensuite la prise en main par un conseiller.

Ce que nous savons aujourd'hui de la biochimie du cerveau (créé par Dieu) nous permet de mieux comprendre de nombreux phénomènes. Personnellement, je ne vois aucune différence entre l'injection d'insuline à long terme et l'administration prolongée de médicaments destinés à soigner les psychoses. Si dans le premier cas, l'insuline pallie le mauvais fonctionnement du pancréas, dans le second, les substances médicamenteuses améliorent les échanges chimiques au niveau du cerveau.

Il ne faut cependant pas taire les difficultés liées à l'utilisation des médicaments psychiatriques. Bien des zones d'ombre subsistent quant à leur mode

d'action. De plus, ils sont totalement inopérants sur certains états maladifs. Tous les médicaments ne présentent pas la même efficacité, ni la même nécessité d'être employés. Il ne faut pas non plus négliger le fait que des malades subissent leurs effets secondaires. Enfin, il ne faudrait pas trop rapidement nier le danger de l'accoutumance, en particulier l'accoutumance aux somnifères et aux tranquillisants.

Malgré tous ces inconvénients, aucun conseiller ne devrait encourager le patient à ne pas prendre ses médicaments avant d'en avoir référé au médecin. Lui seul est habilité, en raison de sa formation et de son expérience, à apprécier si tel médicament est indiqué ou si un changement de remède s'impose.

Les mesures préventives

Mieux vaut prévenir que guérir, dit-on. Cette maxime est particulièrement appropriée dans le cas de maladies psychiques. C'est pourquoi, avant de clore ce chapitre, nous nous interrogerons sur les moyens dont disposent les églises et communautés chrétiennes pour prévenir des troubles psychiques. On a parfois tendance à minimiser le potentiel d'une communauté chrétienne vivante. De nombreux pasteurs, prédicateurs et responsables d'églises n'ont pas du tout conscience du fait que par leur travail et leurs prédications, ils peuvent grandement contribuer à la prévention de problèmes psychiques.

Dans un article spécialisé, deux professeurs américains de psychologie ont montré le rôle que pouvait jouer l'église chrétienne dans le cadre des efforts déployés en psychiatrie sociale. Ils présentent les trois niveaux de cette prévention:

1. Prévention primaire: en répondant aux besoins et en proposant son aide, l'église empêche l'apparition de troubles psychiques. Différentes études psychologiques ont révélé que deux facteurs étaient prépondérants dans cette tâche: a) l'affirmation que la vie a un sens et un but, et b) le développement de relations sociales et familiales solides, susceptibles de soutenir un être lorsqu'il traverse des moments particulièrement difficiles dans sa vie. Une vie chrétienne authentique répond parfaitement à ces deux exigences.

2. Prévention secondaire: il s'agit pour l'église de détecter à temps les premiers signes de la maladie psychique et de les traiter aussitôt, ce qui aura pour effet de réduire la gravité et la durée des troubles, et même de rendre inutile une hospitalisation en milieu psychiatrique. A ce stade, il est possible que

le membre d'église consulte un médecin et prend des médicaments, mais il sera surtout entouré de l'affection et des sages recommandations de ses amis et conseillers.

3. Prévention tertiaire: cette action intervient après que le malade a traversé une profonde dépression nerveuse ou séjourné en clinique psychiatrique. L'église aide alors le malade à retrouver sa place dans la vie quotidienne. L'accueil du malade dans la famille et dans l'église, un accueil sans parti pris, revêt une grande importance. La communauté chrétienne lui permet de goûter à l'amour et à l'acceptation, malgré sa défaillance passée et ses limites présentes.

Pour prévenir et soigner les troubles psychiques d'une manière globale, je ne vois pas de meilleur fondement que la force et la motivation qui jaillissent de la foi chrétienne. Si, dans ce domaine, les chrétiens sont disposés à se former, s'ils apprennent à poser sur leurs compagnons malades un regard de compassion et à les aimer d'un amour agissant, ils peuvent apporter une contribution inestimable dans le traitement global des maladies psychiques.

13 Vivre avec ses limites

A notre époque, on a coutume de rechercher des solutions simples et rapides. L'homme du vingtième siècle aspire à une guérison immédiate et complète. La médecine moderne exauce apparemment ce vœu: des médicaments qui agissent rapidement, des opérations audacieuses, des appareils électroniques d'assistance ont fait reculer la mort et les souffrances dans le cas de maladies physiques. En outre, lorsque la médecine échoue, toutes sortes de guérisseurs et de rebouteux proposent leurs services et promettent des miracles.

Certains milieux chrétiens eux-mêmes sont contaminés par cette folie de puissance qui caractérise notre époque: pour beaucoup, seule la guérison est le vrai signe de la foi, seul le miracle atteste l'intervention de Dieu. Ce sont les résultats spectaculaires qui font les manchettes des journaux, et non la souffrance supportée patiemment par les malades dans les hospices ou dans les établissements psychiatriques de longs séjours. Les triomphes de la médecine somatique et les promesses arrogantes des guérisseurs de tous poils font souvent oublier l'existence de nombreuses maladies qui nécessitent beaucoup de temps et ne connaissent pas encore d'amélioration rapide spectaculaire.

Les cinq phases du déclin

Heureusement, la plupart des troubles psychiques ne sont que des crises passagères dans la vie d'un homme; elles guérissent avec le temps, et il n'en reste qu'un souvenir sombre et lointain. Mais dans de nombreux autres cas,

les modifications psychiques entraînent le malade dans la voie d'une vie marquée par des handicaps qu'il accepte difficilement. C'est comme s'il fallait prendre congé de l'être qu'on avait connu autrefois. Il faut du temps avant de pouvoir dire oui à une vie restreinte. Presque personne ne peut, du jour au lendemain, accepter raisonnablement et passivement un tel sort. Au moment où un handicap psychique chronique survient, le sujet et ses proches passent généralement par les cinq stades suivants:

1. ils refusent d'y croire et préfèrent ne pas en parler;
2. ils recherchent la cause, se jugent responsables et s'autoaccusent;
3. ils déploient des efforts désespérés pour trouver aide et guérison;
4. ils sont découragés et se résignent;
5. ils acceptent leur sort et établissent de nouvelles relations.

Celui qui est au courant de ce processus est mieux préparé à affronter le malade et sa famille, et ne sera pas tenté de leur reprocher leurs réactions difficilement compréhensibles. Revenons en détail sur chacune des phases mentionnées.

1. Le refus d'y croire et d'en parler. Au début, la plupart des gens ont du mal à accepter le fait qu'ils sont atteints d'une maladie psychique, ou qu'un des leurs l'est. Ils ne peuvent ni ne veulent y croire. Ils s'efforcent, souvent désespérément, de cacher la réalité à leurs amis et à leurs voisins. De là naît un sentiment particulier de honte qui peut aller jusqu'à cacher aux autres l'existence d'un parent atteint d'une maladie psychique, comme s'il s'agissait d'un secret qu'on ne divulgue qu'à contrecœur. Cette attitude ne fait qu'accroître les tensions internes.

2. La recherche des causes, l'auto-attribution de la responsabilité voire l'auto-accusation. La stupéfaction du premier choc fait ensuite place à une investigation fouillée des causes de la maladie. Si les uns font retomber la responsabilité sur autrui, par exemple sur la «mère insensible» ou sur «des liens occultes», d'autres, en revanche, se découvrent responsables de ce qui leur arrive. Combien de parents se creusent la tête pour savoir en quoi ils ont mal agi envers leur enfant! Mais on n'hésite pas non plus à adresser des reproches à l'établissement hospitalier et aux conseillers, surtout si l'amélioration ne vient pas aussi vite qu'on le voudrait. On comprend mieux ce comportement si on admet qu'il exprime le désespoir de la famille, parvenue à l'extrême limite de ses forces.

3. Quête désespérée d'aide et de guérison. Devoir constater les changements psychiques qui s'opèrent dans leur bien-aimé, sans rien pouvoir faire,

est presque insupportable pour la famille. Les proches vont donc glaner auprès de leurs amis, de leurs voisins et des chrétiens, des milliers de conseils sur les moyens de venir en aide au malade. Les avis reçus sont parfois contradictoires et nuisent au patient, plus qu'ils ne lui font du bien.

4. Découragement et résignation. Compte tenu de l'inutilité des efforts déployés, le malade et sa famille finissent, avec le temps, par sombrer dans le désarroi et le désespoir. Les entretiens avec les médecins et les employés des services sociaux, avec les pasteurs et les laïques, n'amènent pas toujours un soulagement. Une mère se plaint en ces termes: «Que puis-je donc encore faire pour mon fils? Quoi que je fasse, c'est toujours mal!»

5. Acceptation de la maladie et établissement de nouveaux rapports. Il faut parfois des mois et des années jusqu'à ce que les patients acceptent les nouvelles frontières qu'impose leur état, et que les proches cessent d'accuser les autres ou de s'accuser eux-mêmes, acceptent le malade dans sa faiblesse et apprennent à vivre avec lui.

La foi peut-elle aider?

On constate que même des chrétiens mûrs passent par ces différents stades de la mélancolie. Il est tout à fait normal que les chrétiens apparaissent aussi comme des hommes faibles au bord de l'effondrement lorsqu'un lourd fardeau pèse soudain sur leurs épaules. L'apôtre Paul lui-même n'a-t-il pas tenu ces propos si émouvants: «... nous avons été accablés à l'extrême, au-delà de nos forces, de telle sorte que nous désespérions même de conserver la vie»? Mais il ne s'arrête pas là. Il poursuit: «Mais nous, en nous-mêmes, nous avons accepté notre arrêt de mort, afin de ne pas placer notre confiance en nous-mêmes, mais en Dieu qui ressuscite les morts.» (2 Co 1:8-9)

La Bible ne nie pas la réalité de la souffrance, mais elle ne préconise pas non plus une attitude stoïque devant l'inéluctable. Elle met l'accent sur la consolation et la force au sein même de la souffrance, dont la signification ultime ne se trouve qu'en Dieu. La foi peut réellement aider. Cette affirmation ne s'appuie pas seulement sur les récits bibliques, elle est solidement étayée quotidiennement par l'histoire d'hommes et de femmes qui cherchent leur appui en Dieu.

Il m'arrive fréquemment d'être profondément ému lors d'entretiens avec la famille de certains de mes malades chroniques. Je me souviens fort bien des parents très âgés d'un homme psychologiquement handicapé qui, à cause de ses angoisses et de ses obsessions, avait besoin jour et nuit de leur présence atten-

tionnée. Ils étaient souvent eux-mêmes à la limite de leurs forces, et pourtant ils paraissaient toujours si confiants. Je leur demandai un jour où ils puisaient la force pour supporter cette épreuve. Ils me répondirent: «Nos amis, les conseils bienveillants des médecins, et par-dessus tout, la prière quotidienne qui nous permet de déposer nos fardeaux sur Dieu. Si nous n'avions pas Dieu, nous ne saurions pas vers qui nous tourner.»

La guérison par la foi

Tandis que certains chrétiens ont recours à la force de Dieu pour pouvoir assumer leur vie quotidienne, d'autres, très nombreux, espèrent davantage: un miracle de Dieu. Il ne leur suffit pas d'avoir la force de supporter l'épreuve, ils ne veulent rien moins que la guérison totale du malade par la foi. Ce qui leur donne la force de tenir, c'est l'espoir d'une intervention surnaturelle de Dieu

Médecins et profanes, psychiatres et conseillers se font chacun une idée différente de ce qu'ils entendent par miracle. Le médecin conçoit le miracle d'une façon rigoureusement scientifique: pour lui, il n'y a de miracle que s'il constate, contre toute attente, une totale guérison du malade.

De nombreux cercles chrétiens admettent cette notion du miracle. On peut alors se poser la question: Dieu n'aurait-il agi que lorsqu'un homme a retrouvé tous ses moyens et la joie de vivre d'antan? Y a-t-il eu miracle uniquement quand tous les symptômes de la maladie et de la crise ont disparu? Cette conception comporte le danger d'enfermer Dieu dans un carcan étroit; en dépit de sa rhétorique chrétienne, cette conception s'apparente davantage au courant de pensée du monde, axé sur l'idée de succès, qu'à la révélation biblique sur le dessein de Dieu à l'égard des personnes faibles et souffrantes.

On ne peut cependant nier qu'il se produit aujourd'hui de merveilleuses guérisons, et des évolutions de maladie inespérées et inexplicables humainement. Mais elles interviennent rarement d'une manière spectaculaire sous les feux de la rampe d'une grande séance de guérison. Aujourd'hui encore, comme au temps du prophète Elie découragé, Dieu préfère rencontrer l'homme dans le doux murmure d'une lente guérison opérée dans le calme plutôt que dans le vacarme de grandes manifestations.

Grâce aux nombreuses personnes qui m'ont parlé de miracles survenus dans leur vie, je m'en suis fait une idée plus large, que ne recouvre pas entièrement la conception médicale stricte. Je pense donc aujourd'hui que le

rétablissement total d'un malade est l'étape la plus élevée du miracle. Mais Dieu agit de diverses manières. Dans le vaste champ qui sépare le tout du rien, il y a place pour les prodiges qu'il opère journellement.

Le miracle est une expérience très personnelle vécue par une personne ou par un groupe de personnes qui se réunissent par exemple pour prier en faveur d'un malade. Pour elles, il y a déjà miracle si Dieu, en réponse à leurs prières, intervient dans une situation de détresse, même si le changement opéré dans le malade n'est pas durable. Je pense à une jeune fille qui souffrait d'une très grave dépression. Malgré un séjour de plusieurs mois en clinique, son état ne s'était pas sensiblement amélioré. Ses parents avaient donc décidé de la reprendre chez eux. Ses facultés mentales avaient tellement décliné qu'elle pouvait à peine rester plus d'une heure occupée à des choses simples. Pourtant, son état s'améliora peu à peu, au point qu'elle fut en mesure de suivre un apprentissage et de travailler à longueur de journée dans un atelier protégé. Elle rayonnait à nouveau. Sa vie, bien que limitée, avait retrouvé un sens. Ce n'était plus la personne que j'avais connue autrefois dans la clinique. «Docteur, me dirent ses parents, il est arrivé un miracle à notre fille. Les médecins avaient abandonné tout espoir d'amélioration, et cependant elle se porte si bien actuellement!» Je dus reconnaître qu'ils avaient raison, même si je savais, d'un point de vue strictement médical, qu'il se produit parfois de tels changements, et même si un an plus tard je dus soigner la jeune fille en question à la suite d'un nouvel épisode de sa maladie.

Il arrive fréquemment que Dieu ne change pas seulement l'état de santé du patient, mais qu'il modifie aussi ses dispositions internes à l'égard de la vie et de la maladie. Dieu accompagne patiemment le malade, ses proches et ses amis sur le chemin du déclin qui va de la révolte contre l'épreuve, jusqu'à son acceptation et la réorganisation de la vie. En soi, cela est déjà un cadeau, oui un miracle même, de Dieu.

Les limites du possible

Que faire quand on ne constate aucune amélioration notable, quand il ne se produit pas de grand miracle? Quelles réponses donner aux questions des personnes psychologiquement fragiles et à leurs familles? Les médecins et les conseillers peuvent-ils néanmoins offrir de l'espoir et de l'aide dans ces situations pénibles?

Si l'objectif visé est le rétablissement total de la santé psychique du malade, il constitue souvent un frein et un obstacle à un suivi efficace et de longue

durée du patient. De nombreux conseillers, aussi bien des psychothérapeutes que des chrétiens engagés, se sont brisés contre l'écueil des maladies chroniques. Quand on place la barre trop haut, on expose le malade à des échecs certains, des échecs que les médecins et les conseillers acceptent difficilement. Les uns vont se considérer comme des incapables, d'autres vont rejeter la responsabilité de l'insuccès sur le malade ou sur son milieu ambiant. Mais ni l'une ni l'autre attitude n'aide qui que ce soit.

Dans leur incapacité à se tirer d'affaire, ils s'accrochent aux théories et aux explications magiques les plus diverses sur les causes des maladies psychiques. On entend souvent des réflexions qui contiennent, dans toutes les nuances imaginables, les mêmes mots clés: «Si seulement... alors...» Si seulement il avait scrupuleusement suivi son régime, si seulement il pouvait exprimer une fois pour toutes ses blessures les plus profondes, si seulement il voulait croire de tout son cœur, alors il pourrait guérir. Ces remarques reflètent sans doute quelque chose de juste, mais le fait de les ressasser à des malades psychiques ou à des personnes faibles mentalement ne peut que susciter d'amères désillusions.

Lorsque les conseillers et les patients auront accepté la réalité de la fragilité humaine et les limites du possible, lorsqu'ils auront appris à supporter les tensions dues à l'imperfection et à l'inexplicable dans cette vie, alors seulement ils pourront envisager une aide efficace et de longue haleine.

Le pourquoi de la souffrance reste l'une des questions les plus brûlantes de l'humanité. Même au chrétien, Dieu ne promet pas une vie exempte de difficultés ici-bas. Il vit dans un monde où il se heurte constamment et douloureusement à des limites. Il est exposé à des «tribulations», soumis à des «épreuves», accablé par des «fardeaux». La meilleure thérapie et la relation d'aide la plus biblique ne peuvent se soustraire à ces réalités du monde présent.

Les changements et la guérison ne se commandent pas. Voici quatre causes importantes qui expliquent ces limites:

1. La nature de la création déchue. Douleur, peur et souffrance font partie de notre vie terrestre. Paul décrit d'une manière saisissante les soupirs de la création, son caractère éphémère et son aspiration à la rédemption dans un autre monde. La relation d'aide biblique doit prendre en compte cette réalité et l'intégrer dans sa conception globale de l'aide à apporter.

2. La nature des maladies psychiques. Le cerveau, et avec lui la psyché de l'homme, est marqué par la précarité et la faiblesse, au même titre que les autres organes du corps, et le chrétien, même celui qui n'a rien de grave à se reprocher, n'échappe pas à cette loi. C'est pourquoi il faut accueillir, accom-

pagner et porter dans l'amour les malades atteints de troubles graves, une fois leur état suffisamment amélioré.

3. La nature de l'homme déchu. Même lorsqu'il est sain d'esprit, l'homme n'est que partiellement disposé à changer son mode de vie. Dieu lui a fait le don suprême du libre arbitre. Voilà pourquoi les meilleurs conseils dispensés à un patient capable de les comprendre ne servent à rien s'il ne veut pas les appliquer.

4. Les limites de notre savoir. Nos connaissances ne sont pas seulement limitées en psychiatrie; elles le sont également quant à la signification de la relation d'aide biblique. Les thérapeutes chrétiens ne sont pas à l'abri des explications contradictoires sur l'origine des maladies psychiques et la manière de les guérir; d'où le besoin de prudence, d'humilité et d'un esprit ouvert devant toute nouvelle théorie.

La faiblesse: puissance de Dieu dans des vases fragiles

Je comprends très bien que ces affirmations puissent susciter chez le lecteur des sentiments de détresse, de découragement, voire de colère. Car la prise de conscience de ces limites remet en question la philosophie de la vie de nombreux chrétiens. C'est non sans raison que plusieurs lecteurs pourraient m'objecter: «A quoi sert donc la foi si elle ne peut juguler la souffrance? A quoi bon la rédemption, si elle ne me délivre pas dès ici-bas de la dépression et des handicaps psychiques?»

C'est précisément ici qu'il faut changer sa façon de voir les choses. Ce n'est qu'au moment où s'effondre la conception que l'on s'est forgée d'une vie orientée vers la recherche d'un bonheur terrestre que peut se développer une nouvelle conception de la vie, une conception inspirée par la foi en Dieu. La Bible ne nous révèle pas seulement les limites de notre existence, elle nous montre aussi la grande valeur de l'homme dans sa faiblesse.

Un thème parcourt tout l'Évangile: la puissance de Dieu agissant dans la faiblesse et la misère de ce monde. Les prophètes déjà avaient décrit le Messie à venir en termes qui ne s'accordaient pas avec les idées courantes de beauté et de succès, de richesse et de puissance. Christ unit en sa personne deux grandes réalités: le Fils de Dieu et le fils de l'Homme; les cieux rayonnants de splendeur et l'étable exigüe et moisie de Bethléem; la toute-puissance du juge de l'univers et la compassion du médiateur et grand prêtre; il est le Saint de Dieu et l'«ami des pécheurs» (Lc 7:34). Il demeure «dans les lieux élevés et dans la sainteté, mais aussi avec l'opprimé et celui qui est humilié dans son

esprit, afin de ranimer les esprits humiliés, afin de ranimer les cœurs opprimés» (Es 57:15). Un fouet dans la main, il chasse les vendeurs du temple, mais «il ne brisera pas le roseau broyé, et il n'éteindra pas la mèche qui faiblit» (Es 42:3).

La Bible défend une conception de l'homme radicalement différente de celle que nous sommes accoutumés à voir et qui correspond aux normes de ce monde. Jésus se tient du côté des faibles. Dieu se manifeste rarement par les puissants, il agit de préférence par le canal de celui qui est conscient de sa faiblesse. Par la grâce de Dieu, la valeur de l'homme faible réside, non dans ses capacités, mais dans sa foi.

Dans sa deuxième lettre aux Corinthiens, l'apôtre Paul se sert d'une image remarquable pour illustrer cette vérité. Il assimile l'homme à un vase d'argile dans lequel Dieu conserve son trésor, «pour que l'on voie bien que cette puissance extraordinaire appartient à Dieu et non à nous» (2 Co 4:7, Bible en français courant). L'apôtre poursuit:

«Nous sommes accablés de toutes sortes de souffrances, mais non écrasés; nous sommes inquiets, mais non désespérés; on nous persécute, mais Dieu ne nous abandonne pas; nous sommes jetés à terre, mais non détruits... C'est pourquoi nous ne perdons jamais courage. Même si notre être matériel se détruit peu à peu, notre être spirituel se renouvelle de jour en jour. La souffrance légère et momentanée que nous éprouvons nous prépare une gloire abondante et éternelle, beaucoup plus importante que cette souffrance. Car nous portons notre attention, non pas sur ce qui est visible, mais sur ce qui est invisible. Ce qui est visible ne dure que peu de temps, mais ce qui est invisible dure toujours.» (2 Co 4:8-9, 16-18, Bible en français courant)

Voilà ce qu'est la juste perspective de la vie et la véritable espérance; elles vont bien au-delà de la simple aspiration à une guérison extérieure. Les chrétiens qui prennent la Parole de Dieu au sérieux ne croisent pas les bras en signe de résignation. Ils puisent leur force à une source nouvelle. Pour eux, la guérison ne se limite pas à des changements extérieurs. Leur espérance subsiste, même quand leurs forces vitales naturelles sont épuisées. Si les médecins, conseillers et proches considèrent le malade psychique dans cette perspective, sa faiblesse requiert leur aide pratique, comme cela a été expliqué au chapitre précédent. Ils deviennent des collaborateurs en appuyant le processus voulu par Dieu qui renouvelle jour après jour les forces du faible, même s'il doit vivre dans des limites restreintes.

Les limites extérieures sont souvent compensées par une nouvelle liberté intérieure. Quand cesse la révolte contre les handicaps, les énergies peuvent se mettre au service de la croissance intérieure. Dans son livre *Ärztliche Seel-*

sorge, Victor Frankl fait observer ceci: «La vie a encore un sens fondamental, même si elle n'est plus créatrice ni riche en événements. Il existe des valeurs qui prennent tout leur relief dans la manière dont l'homme conçoit ses limitations. Son propre comportement à l'égard de la restriction de ses possibilités s'ouvre sur un univers de valeurs qui comptent certainement parmi les plus nobles.»

Une nouvelle conception de l'espoir

Ya-t-il encore de l'espoir? Que de fois les malades et leurs familles posent cette question angoissante au médecin! Personnellement, je réponds à mes interlocuteurs par une autre question: «Qu'entendez-vous par espoir?» S'agit-il de l'espoir d'une guérison par la psychiatrie? Ou l'espoir d'une guérison par l'intervention de Dieu? Ou au moins l'espoir d'une amélioration de l'état du malade?

Car les mêmes mots ne recouvrent pas le même sens pour tous! Quand on dit que tel cas est désespéré, on affirme tout simplement qu'il ne s'accorde pas avec notre conception d'un espoir de guérison totale. Mais devant Dieu il n'y a pas de cas désespéré. La foi ne garantit pas toujours le retour à une parfaite santé psychique, mais elle communique force et consolation au sein même de la faiblesse, de l'angoisse et de l'abattement. La Bible nous offre une espérance qui va au-delà des faiblesses de la condition humaine présente et donne à l'homme le courage de supporter chaque jour ce qui est presque insupportable. Là où médecins et conseillers, personnel soignant et amis profanes soucieux d'aider, parviennent aux limites de leur action sur l'enveloppe extérieure de l'homme, Dieu ouvre d'autres portes.

On me pose souvent la question suivante: «En tant que psychiatre et chrétien, qu'est-ce qui vous donne de l'espoir pour vos malades?» Cette question appelle plusieurs réponses de ma part; celles nées d'une perspective humaine et médicale (réponses 1 à 5), et celles que m'inspire la Bible (réponses 6 à 10).

1. J'ai de l'espoir pour les personnes qui traversent des crises ou des troubles psychiques, parce que l'expérience montre que l'immense majorité de ces maladies régressent après un certain temps.

2. J'ai de l'espoir parce que, contrairement à autrefois, nous disposons aujourd'hui de médicaments qui, dans d'innombrables cas, atténuent les

souffrances et parfois guérissent entièrement les malades.

3. J'ai de l'espoir parce que les crises psychiques sont souvent l'occasion de nouveaux départs. Il faut parfois que l'homme traverse une crise dans sa vie pour prendre conscience de la fragilité intrinsèque de son existence et bâtir sa vie sur un nouveau et solide fondement.

4. J'ai de l'espoir parce que j'ai constaté dans de nombreux cas que des êtres au psychisme fragile pouvaient néanmoins mener une vie épanouie. C'est aussi le cas de malades présentant de graves troubles de la personnalité. Même s'ils passent par des expériences très douloureuses, ils finissent par trouver un nouvel équilibre et mener une vie avec d'autres limites.

5. Et j'ai de l'espoir parce qu'aujourd'hui, grâce à des initiatives de plus en plus nombreuses, il existe des foyers d'hébergement et des possibilités d'occuper les malades psychiques, ce qui adoucit leur sort et les aide à réorganiser leur vie. Dans ce domaine, on peut encore mentionner les efforts déployés pour réunir d'une manière régulière et structurée les familles des malades; c'est un vecteur porteur d'espérance pour les patients et leurs proches.

Mais mon espoir ne repose pas uniquement sur mes expériences humaines de médecin. Celui-là seul possède l'espérance ultime, qui fait l'expérience de la présence de Dieu et qui croit en ses promesses.

6. J'ai donc de l'espoir parce que j'ai toujours constaté que «toutes choses concourent au bien de ceux qui aiment Dieu» (Rm 8:28), même si longtemps nous ne pouvons pas apercevoir ce qui se trame dans la coulisse de la souffrance. La maman d'un fils gravement atteint me dit un jour: «Je continue d'espérer parce que je crois que Dieu ne commet jamais d'erreur.»

7. J'ai de l'espoir parce que Dieu peut opérer un miracle s'il le désire. Il est écrit que Dieu «a le pouvoir de faire infiniment plus que tout ce que nous demandons ou même pensons, au moyen de la puissance qui agit en nous» (Ep 3:20). Le prodige réside souvent déjà dans le fait que le patient et sa famille ne se résignent pas dans l'amertume au sein de leur détresse.

8. J'ai de l'espoir parce Dieu aime et accueille les personnes qui présentent des faiblesses psychiques, même si elles ne saisissent pas toute la portée de cette vérité et si elles ne peuvent l'exprimer par des mots.

9. J'ai de l'espoir parce que Dieu agit par le moyen des faibles. Il déverse sa puissance dans «des vases d'argile», et il déclare à celui qui est faible: «Ma grâce te suffit, car ma puissance s'accomplit dans la faiblesse.» (2 Co 12:9)

10. J'ai de l'espoir enfin parce notre existence ici-bas ne peut se comparer à la vie éternelle que Dieu promet à ceux qui se confient en lui. C'est ce que Paul écrit aux Romains: «J'estime que ce que nous souffrons dans le temps présent ne peut se comparer à la gloire que Dieu nous révélera.» (Rm 8:18)

Porter et être porté

Dans ces dix affirmations il y a de l'espoir, non seulement pour le faible, mais aussi pour celui qui l'aide à porter son fardeau. Dieu sait combien nous pouvons supporter et pendant combien de temps. Il ne vient pas seulement en aide à la faiblesse de celui qui cherche conseil, mais aussi à la faiblesse de son conseiller. Il donne «la sérénité pour accepter ce qui ne peut être changé, le courage de changer ce qui peut l'être, et la sagesse de bien faire la distinction entre les deux.»

Puisse la lecture de ce livre vous donner le courage de persévérer à porter les fardeaux que Dieu permet dans votre vie. Puisse-t-elle également vous faire connaître la force de celui qui, dans les moments de découragement, s'approche doucement de vous pour porter avec vous la lourde croix de votre existence, Jésus-Christ, qui a prononcé ces paroles admirables: «Venez à moi, vous tous qui êtes fatigués de porter un lourd fardeau, et je vous donnerai le repos. Prenez sur vous mon joug et laissez-vous instruire par moi, car je suis doux et humble de cœur, et vous trouverez le repos pour vous-mêmes. Le joug que je vous donnerai est facile à porter et le fardeau que je mettrai sur vous est léger.» (Mt 11:28-30)

Parce qu'il se met à nos côtés sous le joug, nous pourrions à la fois accomplir nos tâches quotidiennes et demeurer sereins, sachant que l'ultime responsabilité de la réussite de nos efforts ne repose pas sur nous, mais sur lui. Plus le conseiller est enraciné en Dieu, plus il sera ouvert aux autres, comme l'exprime si bien cette ancienne prière:

Seigneur, ouvre mes yeux
Pour que je contemple ta splendeur
et que je voie la détresse des hommes

Seigneur, ouvre mes oreilles
Pour que j'accueille ta parole
Et que j'entende le cri des malheureux

Seigneur, ouvre mes lèvres,
Pour que ma bouche célèbre ta louange
Et prononce des paroles justes.

Seigneur, ouvre mon cœur,
Pour que j'aie beaucoup de place pour toi,
Et que je sois ouvert à tous.