

La direction spirituelle des personnes malades

Wenceslao Vial Mena

Octobre 2010*

Sommaire

1. Le chrétien et la maladie	1
2. Les maladies physiques	4
2.1 Affections graves et accidents bénins.....	5
2.2 Maladies chroniques incurables	5
2.3 Incapacité et démence	6
2.4 Maladie grave et approche de la mort	9
3. Les maladies psychiques	11
3.1 Distinction entre névrose et psychose	12
3.2 Schizophrénie, trouble délirant, et épisode psychotique passager	12
3.3 Troubles de l'anxiété.....	15
3.4 Obsession et compulsion	18
3.5 Troubles de l'humeur	19
3.6 La personnalité mature et ses troubles	26
3.7 Les scrupules : épreuve ou maladie ?	34
3.8 Troubles de la conduite alimentaire.....	37
3.9 Troubles de la sexualité.....	38
3.10 Alcoolisme et drogues	40
4. Vocation et santé	42
4.1 Aspects généraux.....	42
4.2 Quelques éléments pour le discernement vocationnel	43
Conclusion	46

1. LE CHRETIEN ET LA MALADIE

Une personne malade est amenée à se poser de nombreuses questions : *Pourquoi moi ? Pourquoi maintenant ?* Et à s'interroger ensuite sur la signification profonde de sa maladie. Le premier objectif de la direction spirituelle d'un malade sera donc de l'aider à découvrir le sens de sa souffrance. Ce n'est pas quelque chose que l'on peut lui imposer de l'extérieur : le patient lui-même doit chercher cette réponse et la faire sienne, par un chemin personnel.

* Révisée et modifiée le 11 Novembre 2012.

Pour le chrétien, la souffrance a un sens, même si cela reste un mystère. Il faut partir de la passion et de la mort du Seigneur qui, avec ses souffrances, a assumé les nôtres et leur a donné un sens. Ce sens se trouve dans la Croix, « scandale pour les juifs, folie pour les peuples païens » (1 Co 1, 23) et dans la certitude que la douleur nous rend corédempteurs et profite à toute l'Église, comme l'affirme saint Paul : « Je trouve la joie dans les souffrances que je supporte pour vous, car ce qu'il reste à souffrir des épreuves du Christ, je l'accomplis dans ma propre chair, pour son corps qui est l'Église » (Col 1, 24).

La maladie est permise par Dieu, comme conséquence de la faiblesse humaine après le péché originel. Elle ne constitue pas un bien en soi, et si on peut l'éviter, on l'évite. Cependant, il est souvent impossible d'y échapper. C'est le moment de dire « oui » à la Volonté de Dieu, de grandir en amour, de mûrir humainement et spirituellement : la maladie continuera à être un mystère, mais un *mystère ouvert* qui met sous notre regard la limitation et la finitude de l'existence terrestre et s'ouvre sur la vie future, la vie éternelle.

Job est un modèle d'acceptation de la douleur : béni par Dieu - il a beaucoup d'enfants et de nombreux biens - il est brutalement privé de tout. Les amis qui viennent le consoler veulent le convaincre que ses maux sont la conséquence de ses fautes passées (cf. Job, 4, 8-10). Cependant Job est conscient de son innocence. Dès le premier instant, il garde la foi et dit : « nu je suis sorti du sein de ma mère, nu j'y retournerai. Yahvé donne, Yahvé enlève : béni soit le nom de Yahvé » (Job 1, 21). Dans cette dure épreuve, résistant même à sa femme qui l'incite à renier Dieu, il reste fidèle (cf. Job 2, 10). La réponse du Créateur, à la fin du livre, constitue une invitation à la patience. Il fait voir à Job qu'il ne peut pas tout comprendre et, devant son humilité, Il lui rend des biens en abondance (cf. Job 38-42). Jean-Paul II, en référence à ce texte de l'Ancien Testament, conclut : « Voilà le sens de la souffrance, à la fois surnaturelle et humaine. Elle est surnaturelle parce qu'elle s'enracine dans le mystère divin de la rédemption du monde, et elle est aussi profondément humaine, parce qu'en elle l'homme se trouve lui-même, trouve sa propre humanité, sa propre dignité et sa propre mission »¹.

Pleurer, s'émouvoir de la maladie ou de la mort d'un être cher, est si humain que Jésus-Christ a voulu nous laisser son expérience (cf. Jn 11, 33-39). Dans la direction spirituelle de celui qui souffre, une attitude fondamentale est la compassion, l'*empathie* : se sentir concerné par ce qui arrive, écouter. Un geste peut avoir plus d'effet que de longs discours. Il s'agit d'aider le malade à regarder Dieu et les autres, pour qu'il découvre le sens de la souffrance. Seule sera acceptée une douleur qui ait valeur de

¹ JEAN PAUL II, Lettre Apostolique *Salvifici doloris*, 11-II-1984, n. 31. L'analyse complète de ce document dépasse nos objectifs. Signalons en quelques idées: la souffrance favorise la maturité intérieure et la grandeur spirituelle de l'homme (nn. 21-22 et 26) ; la dure épreuve de la maladie contient un appel à persévérer et à supporter ce qui gêne et fait mal ; elle pousse à trouver le sens de la vie (n. 23) ; face à la souffrance d'autrui, seule la compassion est parfois possible ; la plénitude personnelle ne se trouve qu'avec le don aux autres, don de soi (n. 28) qui conduit à découvrir une autre raison de la souffrance: rayonner d'amour (n. 29).

sacrifice, de don, d'épreuve, de « pierre de touche de l'amour »² ; elle se transformera alors en bien, d'une certaine manière, pour celui qui souffre et pour les autres.

Saint Josémaria affirmait : « Voici la grande révolution chrétienne : convertir la douleur en une souffrance féconde ; faire d'un mal, un bien. Nous avons dépouillé le diable de cette arme... et, avec elle, nous conquérons l'éternité »³.

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé comme « un état de bien-être parfait physique, psychique et social ». Elle met ces trois dimensions en étroite relation. Toute faille en l'une d'elles se répercute sur les autres. Une détérioration organique peut être cause de troubles psychiques, la maladie psychique provoquera une détérioration organique, et les difficultés spirituelles, non mentionnées, causeront aussi des détériorations psychiques et physiques. C'est toujours la personne dans toutes ses dimensions qui souffre.

Être convaincu de l'unité de la personne humaine, et de la primauté de la dimension spirituelle, conduit à comprendre que chaque malade est unique, et doit être traité en conséquence. Nous ne sommes jamais devant un problème, mais devant une personne unique qui a un problème. On devra lire dans ce sens les suggestions proposées ici, qui concernent principalement l'aide spirituelle à apporter au malade. Certaines serviront à ses proches, qui partagent la souffrance d'un être aimé et qui peuvent être éprouvés par la fatigue et par la peine.

Nous distinguerons les maladies physiques et psychiques, bien qu'il y ait de nombreuses interactions et une complémentarité entre ce que l'on peut dire de chacune d'elles. Nous considérerons la personne, qui cherche quel est le sens de sa maladie et avec qui le partager. C'est une tâche fondamentale de la direction spirituelle. La maladie rappelle à tous les hommes que nous sommes de passage, et aux chrétiens que nous allons vers le Ciel : « Dieu en la permettant nous enseigne à déplorer la misère de cette vie et à désirer le bonheur de l'autre »⁴.

Nous nous étendrons davantage sur les aspects psychiques, à cause de leur lien intime avec la sphère spirituelle⁵, et parce qu'aux maladies physiques, en particulier celles qui sont chroniques, s'ajoute habituellement une symptomatologie psychique qui peut déconcerter le patient et son entourage. Les descriptions et suggestions serviront à mieux comprendre les malades, déceler un problème de santé et les orienter comme il convient. La direction spirituelle n'a ni pour but ni pour

² cf. SAINT JOSEMARIA, *Chemin*, n. 439.

³ SAINT JOSEMARIA, *Sillon*, n. 887.

⁴ SAINT AUGUSTIN, *La cité de Dieu*, XXII, 22.

⁵ Pour un développement des connaissances théoriques et pratiques sur cet argument, et sur les pathologies dont nous parlerons, nous suggérons la lecture des chapitres correspondants dans XAVIER CABANYES et MIGUEL ANGEL MONGE (éditeurs), *La salud mental y sus cuidados*, Eunsa, Pamplona 2010.

objet la santé, mais la contribution au bien-être de la personne. Les aides spirituelles préviennent l'apparition de troubles et favorisent la bonne santé. Le chrétien sait que cette dernière n'est pas la principale valeur, mais il se soigne pour servir Dieu, et les autres, mieux et plus longtemps. Le médecin, le directeur spirituel et tous ceux qui entourent le malade, doivent travailler de concert pour son bien, en évitant que les conseils donnés n'entrent en contradiction.

Notre objectif est de proposer quelques outils et connaissances élémentaires, opportuns pour la direction spirituelle. Pour cette raison, les explications scientifiques ont un caractère général et auxiliaire. On n'expliquera pas de manière exhaustive les pathologies ou les traitements, qui varient selon les différents courants médicaux ou psychologiques et selon les circonstances de chaque malade.

La citation suivante de Benoît XVI, sur le pouvoir de guérir « toute maladie et toute infirmité » (Mt 10, 1) donné par Jésus aux Apôtres, est utile à ceux qui sont en relation avec des malades : « Pour guérir l'homme réellement, il faut le considérer comme formant un tout et savoir que sa guérison définitive ne peut venir que de l'amour de Dieu »⁶.

2. LES MALADIES PHYSIQUES

Dans les maladies physiques le processus anormal est causé ou provoqué par un dysfonctionnement organique ou physiologique (diabète, cancer, méningite, etc.).

La première chose à faire est évidemment de fournir les soins médicaux requis, afin de guérir, ou bien de réduire la douleur, dans la mesure du possible.

Les malades ont besoin d'une attention spéciale. Il faut les entourer avec beaucoup d'affection, sachant que la maladie elle-même provoque parfois une grande susceptibilité face aux conseils et suggestions. C'est l'expérience des maîtres de spiritualité : « Lorsque nous sommes malades nous pouvons être assommants : *on ne fait pas attention à moi, personne ne pense à moi, on ne me soigne pas comme je le mérite, personne ne me comprend...* Le diable, toujours à l'affût, attaque par n'importe quel côté ; et dans la maladie sa tactique consiste à créer une espèce de psychose qui éloigne de Dieu, qui rend l'ambiance amère ou qui détruit le trésor de mérites que l'on obtient pour le bien de toutes les âmes lorsque l'on supporte la souffrance avec un optimisme surnaturel, lorsqu'on l'aime ! »⁷.

La vie de piété doit s'adapter à la situation de chacun : s'il doit garder le lit, s'il peut ou non sortir, etc. Il est bon d'aider l'intéressé à recevoir les sacrements, s'il le désire, en particulier la confession et la communion, et, le cas échéant, le sacrement des malades.

⁶ BENOIT XVI, *Jésus de Nazareth*, Flammarion, 2007, chap. 6, p. 201.

⁷ SAINT JOSEMARIA, *Amis de Dieu*, n. 124.

Des sentiments de culpabilité, très fréquents dans les maladies psychiques, peuvent apparaître aussi avec les maladies organiques. Le directeur spirituel doit les endiguer en encourageant le malade à garder la paix et la joie de qui se sait fils de Dieu. Parfois la culpabilité peut être tout simplement une invention. Chez d'autres, elle est réelle, comme dans le cas de maladies contractées lors de conduites moralement répréhensibles : c'est le cas des infections chez les drogués, du sida par comportement sexuel à risque, des accidents graves dus à l'alcool, etc. Sans nier dans ces cas la responsabilité du malade, il faut l'aider à retrouver, s'il l'avait perdue, la grâce et l'amour de Dieu. Le fait d'accepter la douleur comme un moyen de pénitence et d'expiation, en étant unis à la passion rédemptrice du Christ, leur donnera une grande sérénité, sans oublier la prière pour leur guérison. Le Seigneur, qui peut évidemment les guérir, se soucie plus, pour ainsi dire, de leur conversion et de leur santé spirituelles. Ils entendront avec joie les paroles du Fils de Dieu fait homme : « Te voilà en bonne santé, ne pêche plus » (Jn 5, 14).

Nous avons groupé les cas selon quatre situations générales, pour lesquelles l'âge est un facteur essentiel. Un jeune pense habituellement qu'il va guérir, même confronté à des pathologies graves ; un adulte, bien qu'espérant se rétablir, affronte son état de façon différente. Le directeur spirituel doit s'adresser à chacun avec un langage adéquat, toujours rempli d'espérance.

2.1 Affections graves et accidents bénins

Quand un problème de santé, même bénin, se présente de manière inattendue et perturbe les plans prévus, peuvent naître des interrogations parfois violentes : *Pourquoi moi ? Pourquoi maintenant ?* Cela, même pour une entorse ou une grippe qui obligera à rester une semaine au lit : *précisément la semaine où avaient lieu tant de choses (le mariage d'une fille, un examen, les vacances ...)*. A mesure que la gravité ou le risque augmentent, par exemple parce qu'il faut opérer sous anesthésie générale ou réduire une fracture, grandit la conscience que la vie a une limite.

Du point de vue spirituel, ces problèmes imprévus, qui se résolvent habituellement en quelques jours, sont importants : ils sont l'occasion de manifester à nouveau son abandon entre les mains de Dieu et d'accepter sa volonté. Offrir les changements de plans et les contrariétés, en les acceptant et en les vivant bien, avec joie, c'est être « fidèle en peu de choses » (cf. Mt 25, 14-28), y compris la santé.

2.2 Maladies chroniques incurables

Le diagnostic d'une maladie chronique, pour laquelle on n'attend pas de guérison, est un motif de préoccupation qui croît avec la gravité du cas. L'existence ne sera plus comme avant, ne fût-ce que par des modifications du mode de vie : exercices à faire, alimentation, médicaments, etc. Un diabétique devra suivre un régime, prendre de l'insuline, faire des contrôles médicaux fréquents ; face à une hypertension, à des problèmes de cholestérol, à une insuffisance rénale ou cardiaque, il faudra réduire le sel ou les graisses...

Bien comprendre la maladie évite des peurs injustifiées et facilite les mesures de prévention et de guérison. Il faut insuffler l'optimisme à ces personnes, les aider à voir dans ce qui leur arrive une marque de l'amour de Dieu, et à offrir sans relâche la gêne, les analyses, etc. y compris la peur ou le désarroi devant un pronostic plus ou moins clair.

Il y a habituellement des périodes de décompensation dans la maladie, où la vertu de patience est plus nécessaire. Quand le temps passe et que certaines fonctions organiques se dégradent ou que les soins habituels se font plus lourds, vient le moment de la persévérance, de la joie dans la croix.

On peut faire voir à ces patients que leur façon de supporter la maladie est une occasion de donner le bon exemple aux autres, et spécialement de s'unir à la Passion du Christ. Les activités de chaque jour, comme prendre un médicament, mesurer le taux de glucose, etc., peuvent se convertir en moyen d'élever le cœur vers le Ciel, avec une jaculatoire, un acte d'abandon, de réparation, de demande pour l'Église, le pape, toutes les âmes ... Les malades, en particulier chroniques, ont un grand trésor de prière et de sanctification entre les mains, qu'ils peuvent distribuer avec générosité.

Si le moment vient où ces personnes ont très peu d'activités externes, ou si leur autonomie se réduit, elles peuvent développer le sentiment qu'elles sont inutiles, qu'elles sont un poids, qu'elles dérangent. Pour chasser ces idées, en leur donnant les soins nécessaires, on peut leur rappeler qu'elles feraient la même chose pour ceux qu'elles aiment ; qu'elles sont une occasion de mûrir pour ceux qui s'occupent d'elles ; et que, accompagnant le Seigneur dans ses souffrances, elles ont une efficacité plus grande encore que quand elles avaient la plénitude de leurs facultés. En même temps, il faut savoir reconnaître les premiers signes de symptômes dépressifs ou d'anxiété, qui demandent des soins spécifiques dont nous parlerons plus loin.

Il faut les aider à donner une grande valeur à la Sainte-Messe et essayer, en parlant si possible avec la famille, de faciliter leur assistance à celle-ci : de nombreuses personnes âgées ou malades chroniques souffrent de ne pouvoir y participer. Il faut évidemment les tranquilliser s'ils ne peuvent pas assister à la Messe dominicale et leur conseiller de la suivre à la télévision. On doit les encourager à se laisser soigner avec humilité, moyen privilégié d'union avec le Seigneur.

2.3 Incapacité et démence

Parmi les maladies chroniques, celles conduisant à une grande incapacité ou à une altération des facultés physiques ou cognitives forment un groupe spécial. De nombreuses personnes, de tous âges, se voient obligées de vivre pendant des années en dépendant des autres pour l'alimentation, l'hygiène, les déplacements, etc. Parmi les exemples fréquents se trouvent des maladies neurologiques comme la sclérose en plaques et les maladies similaires. Comme toujours, chaque patient est différent et il faudra l'encourager avec affection selon sa situation.

Il est compréhensible que ces malades aient des moments de plus grand découragement, qu'ils peinent à trouver un sens à ce qui leur arrive. Ceux qui ont un accident et passent du jour au lendemain d'une vie active à la paralysie presque totale représentent un cas extrême. Pour s'occuper spirituellement d'eux, il est très utile de savoir ce qu'ils ressentent et pour cela de les écouter. Le témoignage personnel du prêtre espagnol Luis de Moya a un grand intérêt. Il raconte comment il a affronté une tétraplégie (paralysie totale sensitive et motrice des quatre membres) après un accident de voiture. Il confirme que pour une personne dans cet état « le plus douloureux est de se sentir peu utile ou peu aimé »⁸.

Il y a aussi des maladies qui se manifestent par un déclin progressif cognitif et intellectuel qui empêche de mener une vie normale. On les appelle *démences* et elles affectent jusqu'à 15 % des personnes de plus de 65 ans et 40 % des plus de 80 ans⁹. Elles se manifestent par l'un ou l'autre des symptômes suivants : perte de mémoire, appauvrissement du langage, difficulté à retrouver le nom d'objets ou des mots (agnosie et aphasie), manque d'attention et de concentration, désorientation spatiale ou temporelle, agitation, perte de la capacité de jugement. Au début seuls les proches le remarquent : à la perte de la mémoire à court terme, aux oublis, au changement du caractère, de l'humeur, de comportement, et à la perte d'intérêt. La démence la plus fréquente est la maladie d'Alzheimer, due à des phénomènes dégénératifs qui affectent les neurones. Elle représente à elle seule 50 à 60 % du total des démences. La survie est très variable ; 7 ans en moyenne. Viennent en seconde place les troubles causés par des infarctus cérébraux multiples.

La souffrance subjective des malades est plus grande dans les premières phases, surtout après le diagnostic. Puis la douleur grandit chez les proches, car il se produit parfois des changements déconcertants dans la façon d'agir et de réagir des personnes aimées, comme, par exemple, un sentiment de persécution, et d'autres idées délirantes ou symptômes psychiques.

L'aide spirituelle à un malade affecté de démence dépendra de son état. Spécialement au début, il sera important de lui transmettre l'espérance, favoriser l'abandon, et qu'il pense au bien que suppose la maladie pour lui et pour ceux qui s'occupent de lui.

Du point de vue médical, il y a de précieux conseils et exercices qui peuvent retarder les troubles cognitifs. Avec le temps, si les patients en arrivent à perdre complètement l'usage de raison, il faudra s'appuyer sur les facultés qu'ils gardent : on leur rappellera les pratiques de piété de leur enfance. Même si la maladie est avancée, il y a des périodes de plus grande lucidité. On peut prier avec

⁸ Cf. LUIS DE MOYA, *En passant. Un tétraplégique qui aime la vie*. Le Laurier, Paris, 1999,

⁹ Les démences apparaissent rarement chez les jeunes de moins de 40 ans: elles sont alors habituellement liées à un traumatisme crânien, à des maladies infectieuses comme le Sida, ou à des problèmes dégénératifs héréditaires.

eux, même s'ils semblent ne pas comprendre¹⁰. Il est toujours important de les traiter avec une extrême délicatesse et des marques d'affection, parce que la capacité à percevoir ces attentions, à sentir et à exprimer des émotions est conservée plus longtemps et avec plus d'intensité¹¹.

Une autre maladie chronique et progressive est la maladie de Parkinson. C'est un syndrome, ou un ensemble de symptômes et de signes, parmi lesquels, surtout, des tremblements au repos, de la rigidité, une lenteur motrice et une posture instable. Elle affecte l'adulte d'âge moyen ou avancé. 30 % des patients présentent certains symptômes avant 50 ans. De 20 à 60 % des malades développent une démence aux stades tardifs. Assez souvent, y compris au début, apparaît une dépression qu'il est important de repérer pour bien l'affronter. Bien qu'actuellement on ne puisse pas guérir la maladie de Parkinson, les progrès médicaux sont notables, et de nouveaux traitements continuent à être expérimentés. Comme en d'autres situations, il est utile que les proches connaissent un peu la maladie pour mieux comprendre et aider le patient.

Commentons pour finir les états de faiblesse de la personne âgée, sachant que l'âge n'est pas en soi la cause de cette situation. Donc, devant une personne âgée présentant des symptômes de détérioration physique, il ne faut pas en conclure pour autant que c'est *dû à l'âge*. La faiblesse de la personne âgée peut être considérée comme un syndrome, avec une diminution des forces physiques et de l'activité en général, une plus grande propension à la fatigue, une mobilité lente et instable, la peur de tomber, un manque d'appétit, une perte de poids, auxquels s'ajoutent éventuellement perte cognitive et dépression. Il est utile de réaliser une évaluation médicale et gériatrique pour rechercher les causes. Si rien de spécifique n'est trouvé, diverses mesures contribuent à améliorer la situation : exercices hebdomadaires pour améliorer la résistance, l'équilibre et la souplesse (monter et descendre des escaliers, marche, gymnastique, etc.) ; apports nutritionnels en vitamines (spécialement la vitamine D) et apport de calcium avec du lait sans graisse, ainsi qu'une alimentation riche en fruits et légumes¹².

L'attention aux dimensions physique et psychologique de ces malades favorise aussi leur santé spirituelle. Un conseil plus spécifique est qu'ils renouvellent leur amour de Dieu, leurs efforts d'apostolat et leur exemple de bons chrétiens. Il est surprenant de voir comment beaucoup de personnes âgées semblent reprendre des forces face à de nouveaux panoramas d'apostolat et de service¹³, et peuvent ainsi améliorer ou retarder la détérioration de leur état physique ou mental. D'autres aspects

¹⁰ Avec une personne en coma profond ou en état végétatif persistant, sans aucune réponse aux stimulations, il convient également de prier à voix haute, de favoriser l'union à Dieu, l'espérance du Ciel.

¹¹ Cf. MANUEL MARTIN CARRASCO, *Atención a enfermos con demencia*, en *La salud mental y sus cuidados*, cit., pp. 431-439.

¹² Cf. CLAUS HAMANN, KENNETH L. MINAKER, *Approach to Frailty in older adults*, dans ALLAN H. GOROLL, ALBERT MULLEY (édité par), *Primary Care Medicine*, Wolters Kluwer and Lippincott, Philadelphia 2009, pp. 1550-1553.

¹³ La vie intérieure et l'apostolat *font rajeunir*: cf. SAINT JOSEMARIA, *Sillon*, n. 79.

seraient à considérer pour les personnes atteintes de maladies chroniques ou de détérioration significative due à l'âge, qu'il ne convient pas d'aborder ici¹⁴.

Il faut aider ceux qui s'occupent de malades ayant de lourds handicaps, ou atteints de démence, car c'est un travail fatiguant et usant, même s'il est fait avec affection et vision surnaturelle. Il n'est pas rare de voir chez eux des signes d'insomnie, d'anxiété, etc. Si ce sont des membres de la famille, on peut leur conseiller de tourner entre eux, ou d'employer si possible une infirmière ou une aide à domicile.

Actuellement, dans les pays développés, il existe des centres spécialisés pour prendre en charge la plupart des soins aux malades chroniques ou aux personnes âgées qui ont besoin d'une plus grande attention. La décision de faire entrer un être cher dans ces centres, pour quelques jours ou de façon permanente, peut être difficile, et ils demandent souvent conseil au directeur spirituel. Il faut faire savoir qu'il existe des institutions adaptées à ces fins, avec un personnel spécialisé qui peut collaborer humainement et spirituellement aux soins et à l'attention des malades, avec des plans quotidiens, soin de l'alimentation, de l'hygiène, des médicaments et beaucoup de petites choses qui réduisent ou retardent les dégradations.

2.4 Maladie grave et approche de la mort

Quand le diagnostic comporte un risque vital, les interrogations sur le sens de la vie et de la mort sont cruciales. Pour un chrétien, la mort est un changement de maison, la porte qui nous conduit au Ciel. Les arguments à donner dans la direction spirituelle doivent être encore davantage imprégnés d'espérance.

Il convient que les malades connaissent le mal dont ils souffrent avec un délai suffisant pour qu'ils se préparent le mieux possible et reçoivent avec pleine conscience les derniers sacrements, bien qu'il ne soit pas nécessaire qu'ils sachent longtemps à l'avance les détails du pronostic. Ce sont les proches, ou les médecins avec l'avis des proches, qui doivent exposer la situation au malade, avec délicatesse, mais sans euphémisme, qui la rendrait incompréhensible. De plus, on devra garder ouverte la possibilité d'une guérison, que Dieu peut vouloir : que le patient continue à prier pour cela, cet exercice de foi a aussi sa valeur.

Pour beaucoup, c'est le moment de mettre de l'ordre dans leur vie. Ils voudront dire adieu à leurs amis, résoudre les affaires en cours et les questions d'héritage, se réconcilier avec quelqu'un,

¹⁴ On peut voir: M. CORNELIA CREMENS, *Management of Alzheimer's diseases and related Dementias*, dans *Primary Care Medicine, cit.*, pp. 1207-1219 ; MIGUEL ÁNGEL MONGE, *Enfermedad y vejez*, dans M.A. MONGE (éditeur), *Medicina pastoral*, Eunsa, Navarra 2002, pp. 183- 186.

penser, le cas échéant, à ceux qui dépendent d'eux et à leur avenir, etc. Mais surtout, ils voudront se préparer le mieux possible à leur rencontre définitive avec Dieu.

Il faut les encourager à la sérénité dans la vie spirituelle. En même temps, ils doivent maintenir le plus longtemps possible les tâches et activités qu'ils avaient. Un fils de Dieu qui a foi en la vie éternelle se réjouit de pouvoir se donner jusqu'à la fin. Même s'il ne voit pas l'achèvement de ses projets ou ne profite pas sur cette terre du fruit de ses ultimes entreprises, il les verra du moins d'un lieu meilleur, et pour toujours¹⁵.

On appelle *maladies en phase terminale* la phase ultime de nombreuses maladies chroniques, lorsque l'espérance de vie est de moins d'un mois. Médicalement, on fait ce diagnostic, face à une maladie en évolution progressive, lorsque les traitements conventionnels n'agissent plus et que les médicaments deviennent inefficaces : insuffisance irréparable d'un ou plusieurs organes, complications irréversibles, défaillance d'un ou plusieurs systèmes¹⁶.

Le directeur spirituel peut se trouver devant un dilemme, posé par le malade ou plus souvent par ses proches : quels moyens pour maintenir en vie sont ordinaires ou extraordinaires ? Est-il licite de donner des calmants dans ces ultimes étapes, ou d'utiliser des médicaments qui peut-être vont abrégé sa vie ? Quand accepter de donner un organe ? Est-il opportun de faire un testament biologique ? Etc. Il faut que le directeur spirituel acquière les connaissances nécessaires pour pouvoir y répondre, selon les indications données par le magistère de l'Église, en consultant des experts si nécessaire, plutôt que de donner des réponses qui pourraient manquer de pondération¹⁷.

Pour ceux qui s'occupent de ces personnes, une tâche fondamentale est de soulager la douleur et les autres sensations gênantes (difficulté respiratoire extrême, nausées et autres problèmes digestifs), ce qui est souvent possible, et d'accompagner ces mêmes personnes pour diminuer leur anxiété ou leur sentiment d'impuissance. Ces soins médicaux, appelés *palliatifs*, demandent un personnel spécialisé et c'est pourquoi il est plus fréquent, et parfois convenable, que ces malades terminent leur vie à l'hôpital. Cependant certaines institutions offrent des soins palliatifs à domicile et sont très efficaces.

Qu'une personne proche de sa fin reste chez elle, tout en comptant sur l'appui médical nécessaire, a sans doute des avantages. De toute façon, où qu'elle soit, il faudra lui offrir une ambiance tranquille, d'intimité, où elle puisse recevoir les sacrements et méditer en paix sur l'amour du Dieu qui

¹⁵ Pour approfondir cet argument: MIGUEL ÁNGEL MONGE et PURIFICACION DE CASTRO, *La muerte, final de la vida humana*, dans MIGUEL ÁNGEL MONGE (éditeur), *Medicina pastoral, cit.*, pp. 190-222.

¹⁶ Cf. *Ibidem*, pp. 190-201.

¹⁷ Pour des cas concrets, voir: MAURIZIO CALIPARI, *Curarse y hacerse curar*, Editorial de la Pontificia Universidad Católica Argentina, Buenos Aires 2007 ; LINO CICCONE, *Bioética. Historia, principios y cuestiones*, Palabra, Madrid 2006 ; www.eticaepolitica.net ; et d'autres pages de bioéthique sur: www.almudi.org.

l'attend, en compagnie de ses êtres chers : « aider une personne à mourir veut dire l'aider à vivre intensément l'ultime expérience de sa vie »¹⁸.

Il est tout à fait naturel, si on l'a fait jusque-là, de continuer à prier en famille, de faciliter la vie de piété de celui qui *achève* une étape pour en commencer une nouvelle, changer de maison¹⁹.

3. LES MALADIES PSYCHIQUES

Les maladies psychiques se manifestent surtout dans l'agir et les fonctions plus unies à la sphère psycho-spirituelle, comme les sentiments, la pensée, les attitudes et le comportement. Les causes sont multiples : biologiques, environnementales, sociales, psychologiques, etc.

Comme on l'a dit, il y a une étroite relation entre les dimensions physiques, psychiques et spirituelles. Les facteurs psychiques contribuent directement ou indirectement à certains troubles physiques. L'asthme, certaines maladies de la peau, l'ulcère gastrique, et même des infections, sont favorisés par le stress psychologique. Les symptômes psychologiques, de leur côté, peuvent résulter d'une lésion du système nerveux ou endocrinien, ou d'une réaction à une perturbation physique.

Par ailleurs, il y a des maladies psychiques, telles certaines formes de dépression, qui ne se manifestent pas clairement, mais sont *cachées* par des symptômes physiques : douleur, problèmes intestinaux, etc., qui peuvent refléter un tableau clinique dépressif.

Distinguer entre le physique et le psychique n'est pas toujours facile. Quand un médecin suggère la possibilité qu'un symptôme ait une cause psychique, il n'est pas rare qu'il s'entende dire : *docteur, je ne suis pas fou*. Cette difficulté pousse certains médecins à éviter d'insister ou d'approfondir cette question, en prescrivant simplement des médicaments probablement peu efficaces.

Il n'est pas simple non plus de déterminer si un problème psychique a des racines ascétiques ou spirituelles. Si le directeur spirituel perçoit un possible problème psychique, il devra en parler à l'intéressé, avec délicatesse et prudence, sans laisser le problème se prolonger indéfiniment. S'il faut recourir au psychiatre, il est important que la personne choisisse un bon professionnel, au jugement droit, et si possible chrétien.

Il y a une large variété de maladies psychiatriques, mais pour aucune d'elles il n'existe d'examen de laboratoire ou de signes physiques évidents. Le diagnostic se fonde sur les descriptions faites par consensus des médecins. Les classifications les plus utilisées sont celles de l'Association

¹⁸ CONSEIL PONTIFICAL POUR LA PASTORALE DES SERVICES DE LA SANTE, *Charte des Personnels de la Santé*, Cité du Vatican, 1995, n. 116.

¹⁹ Cf. SAINT JOSEMARIA, *Chemin* n. 744: « Toi — si tu es apôtre — tu ne mourras pas. — Tu changeras de demeure, voilà tout. ».

Psychiatrique Américaine : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR), et *International Classification of Diseases* (ICD-10) de l'Organisation Mondiale de la Santé.

3.1 Distinction entre névrose et psychose

La distinction entre névrose et psychose n'est plus en usage²⁰. Cependant, reconnaître les symptômes psychotiques est fondamental, car ces derniers se présentent dans les troubles les plus graves.

On appelait psychoses un groupe de maladies où la capacité de percevoir, évaluer et interpréter la réalité se trouve gravement altérée (rupture ou perte de contact avec la réalité), ce qui empêche une évaluation correcte du monde. Le principal symptôme psychotique est précisément cette déformation du sentiment ou du jugement sur la réalité, qui se manifeste par des réflexions, des affirmations ou des comportements étranges, clairement opposés au jugement d'une personne bien portante. La façon de parler peut être illogique, appauvrie ou désorganisée. Les autres symptômes psychotiques sont le délire, fait de convictions illogiques, fausses, insensibles à la critique et fortement enracinées ; et les hallucinations, ou perceptions irréelles. La conscience des malades est absente ou très réduite : ils ne reconnaissent pas qu'ils sont malades et donc qu'ils ont besoin d'un traitement.

Ce qu'il y a de plus caractéristique dans leur attitude est qu'on ne comprend pas leur conduite, qui est absurde. L'observateur butte contre un mur impénétrable. Tout effort de persuasion est inutile.

Sous le nom de névrose, on désignait anciennement les maladies sans base organique démontrable ni manifestations psychotiques. Les névrotiques ont une forte capacité d'auto-observation, ils maintiennent le contact avec la réalité et sont plus ou moins conscients de la nature pathologique de leurs symptômes. Ils parviennent à continuer leurs activités de façon acceptable. C'est comme une réaction anormale, mais en général compréhensible, face à des situations limites, externes ou internes, subies par le sujet ; nous pouvons tous réagir de manière névrotique à certains stress, à cause de leur intensité ou de leur durée dans le temps. Les névroses comportent diverses formes pathologiques : phobies, obsessions, insomnies, etc.

3.2 Schizophrénie, trouble délirant, et épisode psychotique passager

Voyons cela à travers leurs aspects psychotiques les plus caractéristiques. En premier lieu, la schizophrénie, qui n'est pas un dédoublement de la personnalité. L'étymologie grecque du terme contribue à la confusion, car le mot signifie « moi (ou esprit) divisé ». En réalité, le dédoublement (selon certains psychiatres) se produit dans les émotions et la dimension cognitive.

²⁰ Le terme de "névrotique" étant devenu dans la plupart des cas péjoratif, il n'est plus utilisé dans son sens clinique.

Elle est fréquente, avec une prévalence de 1 % de la population. Elle se manifeste par une perte de contact avec la réalité, des hallucinations (généralement auditives), le délire et d'autres problèmes de la pensée, avec en plus un trouble de l'affectivité, une réduction de la motivation et de l'engagement social et professionnel. La cause, comme pour toutes les psychoses, est organique, bien que d'origine précise inconnue. La prédisposition génétique est bien établie. Elle peut apparaître sous forme aiguë, en quelques jours, ou lente, au long des années. Elle se présente habituellement entre 18 et 25 ans, et rarement après 40 ans, même si elle peut se manifester avant ou après ces âges. Les facteurs de stress qui déclenchent l'apparition ou la récurrence peuvent être psychiques : éloignement de chez soi, fin d'une relation affective, situations spécialement émotives. Elle a aussi des facteurs chimiques : due entre autres à la marijuana. Celle-ci peut de toute évidence être cause de schizophrénie, en particulier quand l'individu en consomme fréquemment durant l'adolescence. Il n'en n'est pas ainsi avec la cocaïne, bien qu'en la consommant les symptômes puissent s'aggraver chez une personne qui a déjà manifesté une schizophrénie. Le lien entre schizophrénie et marijuana est un bon argument de discussion avec des adolescents qui pourraient déjà avoir touché à la drogue.

Avec les médicaments dits antipsychotiques, on élimine ou on diminue rapidement les symptômes et 70 % des schizophrènes parviennent à mener une vie à peu près normale. Plus tôt débute le traitement, meilleurs sont les résultats. Les médicaments doivent généralement être pris à vie, et même ainsi les symptômes réapparaissent à certains moments. Il faut absolument obtenir que la personne les prenne. Il faut aider, avec prudence, sans brusquerie, à lui faire prendre conscience qu'elle a un problème de santé, et lui donner confiance. On doit créer autour d'elle un climat particulièrement serein apte à lui donner un sentiment de sécurité.

Quand la maladie revient, les symptômes sont habituellement les mêmes que dans l'épisode initial. Il est bon que la personne apprenne à en reconnaître les premiers signes : par exemple difficulté à dormir ou à se concentrer, préoccupations, susceptibilité exagérée, mal à la tête, difficulté à penser avec netteté, etc. Les proches peuvent également s'en rendre compte, ou remarquer que le malade s'isole, devient plus irritable ou anxieux. On peut ainsi recourir plus vite au médecin.

Il faut être attentif aux *symptômes négatifs* de la schizophrénie, qui consistent en une affectivité, c'est-à-dire sentiments, émotions, passions et humeur, peu réactive ou *diminuée* : plus grande difficulté dans les activités quotidiennes, manque d'attention envers les autres, désintérêt pathologique. C'est pour cela qu'ils tombent plus fréquemment dans l'alcoolisme, la drogue ou les idées suicidaires. Un malade qui commence à se sentir spécialement désespéré, déprimé, requiert une attention urgente.

Le trouble délirant se caractérise par une ou plusieurs convictions erronées (délires) qui persistent au moins un mois ; il est habituellement chronique. Les délires sont extravagants, mais incluent des situations vraisemblables, comme de se sentir contrôlé, aimé ou haï, appelé à un rôle important dans le monde (messie, libérateur, révolutionnaire...), avoir une maladie, etc. Il se manifeste

chez l'adulte d'âge moyen ou plus tard. A la différence de la schizophrénie, le fonctionnement social n'est pas aussi compromis. Bien qu'il s'agisse d'une maladie psychiatrique rare (elle affecte 3 personnes sur 10 000), la mentionner aide à mieux comprendre le délire et la manière avec laquelle il convient de s'occuper de ceux qui en sont atteints.

Il y a divers types de troubles délirants, connus auparavant comme états paranoïaques : *mégalo manie*, conviction d'avoir de grands talents ou d'avoir fait une découverte fabuleuse ; *jalousie* : conviction que le conjoint est infidèle ; *persécution* : persuasion de faire l'objet d'un complot ; *somatique* : délires unis à une fonction corporelle, comme la fixation sur une supposée difformité physique. Il faut signaler que la paranoïa, ou idée pathologique d'être constamment menacé, persécuté ou dévalorisé, est un symptôme et non une maladie spécifique. Elle peut avoir des degrés et apparaître dans les troubles délirants, dans la schizophrénie, ou être un trait de personnalité très marqué. La paranoïa et d'autres délires chroniques, bien que pathologiques, passent assez souvent inaperçus. Les personnes affectées peuvent être intellectuellement brillantes et productives dans leur travail. Elles se montrent apparemment normales dans de nombreux domaines de leurs activités et de leur conduite. Ce qui est caractéristique, c'est qu'elles présentent des idées délirantes avec une structure interne cohérente : dans l'insolite de l'histoire, et les personnes saines s'en aperçoivent, il y a un ordre et un enchaînement des faits racontés par le patient, qui la rend vraisemblable. Chez certains, le délire ne se remarque quasiment pas, car ils mènent à bien leur travail intellectuel ou manuel, même si la maladie est évidente pour ceux qui les approchent de près.

Il n'est pas recommandé de contredire directement le malade dans son délire, car il n'acceptera pas les motifs invoqués, et cela peut signifier la rupture du dialogue. Il ne faut pas non plus leur donner raison. Parfois ils entrent à tel point dans leur fantaisie qu'ils ne parviennent plus à mener une vie normale. Il est difficile de les convaincre d'aller chez le médecin, et il faut de la patience, en cherchant des points de contact : leur faire voir les problèmes qu'ils sont prêts à reconnaître, les pousser à un contrôle général de santé, ou à chercher remède à un possible trouble du sommeil, à l'anxiété, à l'inquiétude, etc. Dans le trouble délirant, les antipsychotiques sont moins efficaces que dans la schizophrénie, et on cherche plutôt à faire dévier leurs idées illogiques vers des centres d'intérêt non dangereux et gratifiants.

Dans les délires chroniques, l'aide spirituelle est complexe, spécialement si le délire a une thématique religieuse, car il est difficile qu'ils acceptent un traitement.

L'épisode psychotique passager se caractérise par des symptômes psychotiques durant au moins un jour et moins d'un mois. La personne revient ensuite à son niveau de fonctionnement antérieur. Il peut se produire de façon isolée, ou constituer le premier indice d'une schizophrénie ou d'un trouble bipolaire ; on l'observe également dans certains troubles de la personnalité. Il peut être déclenché par un événement stressant, comme la perte d'un être cher, un changement d'ambiance, etc.

Ces trois affections s'affrontent de la même manière. Il n'est pas toujours facile d'établir un seul diagnostic car, comme beaucoup de signes psychiques, ils sont entrelacés les uns aux autres. Si l'on découvre des symptômes psychotiques, il est fondamental que la personne aille rapidement chez le psychiatre. On doit transmettre au malade et à ses proches un climat de paix, la confiance dans le médecin, et mettre en avant un argument central : il n'y a de faute ni de la part du sujet ni de sa famille. Ces maladies représentent aussi un signe, sans aucun doute mystérieux, de l'amour de Dieu : on doit écarter les préjugés qui les accompagnent et affronter la peur qui survient devant le diagnostic associé au concept péjoratif de *fou*.

Il est important que les proches et ceux qui sont en relation avec ces personnes, le directeur spirituel aussi, apprennent à reconnaître et à maîtriser certains aspects de la maladie. De cette façon, on comprend mieux leur souffrance, et on les aide plus efficacement dans le traitement et la prévention, et dans leur vie de foi qui est inséparable de leur manière de supporter la maladie. On obtient, de plus, une relation ou une vie en commun plus aimable et tranquille ; comprendre conduit à diminuer les peurs injustifiées, les angoisses, les fatigues, etc. La vie spirituelle des malades et de leurs proches augmente si l'on accepte la maladie avec vision surnaturelle, non comme un châtement divin mais comme une occasion d'aimer davantage.

Pour beaucoup de maladies ayant des symptômes psychotiques, l'aide spirituelle lors des périodes non symptomatiques sera la même que pour tout malade chronique, avec les conseils suivants pour croire en vision surnaturelle : accepter la pathologie et l'offrir, se laisser aider, suivre les indications médicales, ne pas abandonner les pratiques de piété. Je copie ce passage d'une lettre d'un bon chrétien schizophrène : « la vie a été et est souvent dure, mais j'ai toujours foi dans le Seigneur qui m'aidera. Après tant d'années, je découvre toujours quelque chose de nouveau dans ma relation avec Dieu et avec les autres (...). Quand j'en ai besoin, au milieu de mes peines, je trouve une réponse que je préfère garder pour moi et ainsi je suis heureux. Je crois en Jésus et je garde aussi l'espérance de guérir ».

3.3 Troubles de l'anxiété

L'anxiété fait partie de la réponse au stress ou au danger. Elle déclenche dans l'organisme des réactions physiologiques : tachycardie, sueurs, augmentation de la pression sanguine et de la fréquence respiratoire, etc. C'est un mécanisme de défense qui anticipe la perception du risque et aide à l'affronter. C'est pourquoi nous en avons tous l'expérience directe, et nous sommes capables de comprendre immédiatement l'anxiété chez nous et chez les autres.

Si l'anxiété ne correspond pas à un stimulus ou à quelque chose de réel, elle est injustifiée. Il peut s'agir aussi d'une anxiété disproportionnée par rapport au danger auquel elle renvoie. Ces deux situations se présentent dans ce que l'on appelle troubles de l'anxiété, que l'on appelait autrefois troubles névrotiques.

De nombreuses maladies organiques sont causes d'anxiété : hyperthyroïdie hypoglycémie, décompensation cardiaque, arythmie, maladies pulmonaires, intoxications, syndromes d'abstinence d'alcool ou de drogues, effet secondaire de médicaments, etc.

Nous citerons seulement quelques troubles. Le trouble obsessionnel compulsif sera expliqué dans un paragraphe ultérieur. Nous commencerons par les *attaques de panique* car elles sont fréquentes et très significatives de ce qui arrive avec une anxiété extrême. Elles se manifestent par une sensation inattendue et intense d'angoisse, sans danger réel. Les réactions somatiques sont spectaculaires : palpitations, sueurs, tremblements, suffocation ou asphyxie, douleur thoracique à type d'oppression qui simule un infarctus, nausées, vertiges, peur de perte de contrôle ou de devenir fou, ou de mourir... La crise commence de manière brusque et subite, atteint son paroxysme en dix minutes, et ne dure souvent pas plus d'une demi-heure. Elle provoque une grande angoisse et le désir logique de fuir les éléments déclencheurs.

Dans les *phobies*, les manifestations sont similaires à celles des crises d'anxiété face à des situations données. Il en existe de nombreuses sortes. La *phobie sociale* consiste à éviter les circonstances où le sujet s'expose au jugement des autres : c'est une peur irrationnelle du ridicule ou d'agir de manière inappropriée. L'*agoraphobie* est la peur des lieux ouverts, par crainte que n'arrive quelque chose et qu'on soit dans l'incapacité de fuir vers un refuge sûr ou de trouver de l'aide. Elle peut survenir face à une multitude de situations, en utilisant un moyen de transport, etc. Les phobies spécifiques sont très variées : peur des animaux, peur des lieux fermés, etc.

Les *troubles post-traumatiques* sont la séquelle d'un événement extraordinairement stressant : un accident, la guerre, un tremblement de terre, etc. En plus de l'anxiété, il peut y avoir des altérations de la conscience et de la mémoire.

Le *trouble d'anxiété généralisé* commence vers 30 ans et peut se compliquer de symptômes dépressifs. L'anxiété et la préoccupation excessives sont présentes presque tous les jours, face à de nombreuses situations, et durent au moins six mois. On les différencie d'une *fatigue normale*, par le fait que la personne est incapable de se contrôler et se trouve en tension continue, avec irritabilité, fatigue, difficultés de concentration et de mémoire, problèmes de sommeil, etc. Cela ne signifie pas qu'il y ait une ligne clairement établie entre le normal et le pathologique, comme s'il y avait deux types de préoccupation. Les préoccupations en elles-mêmes ne sont pas différentes dans les cas normaux et pathologiques ; la différence fondamentale réside dans la fréquence et les effets.

Que l'on expérimente soi-même l'anxiété, ou cet état de *nervosité*, ou qu'on la rencontre chez d'autres, la première chose à faire est d'essayer d'identifier le motif. S'il ne se trouve pas de problème externe ou interne (une raison objective ou subjective de se préoccuper), ou une explication

physiologique, l'anxiété peut être davantage lié à la santé psychique. Quelques mesures simples sont utiles en première option :

- Aide physiologique : soin du sommeil, sport régulier si possible avec d'autres, marche de trente ou quarante minutes chaque jour, exercices de relaxation tels la respiration diaphragmatique.

- Réduire la consommation d'alcool, de café et de stimulants ; le tabac est utilisé par les anxieux mais il a de nombreux effets préjudiciables à l'équilibre psychophysique.

Si l'anxiété ne diminue pas et/ou rend la vie normale difficile, il faudra consulter le médecin. Prendre un médicament anxiolytique pendant quelques jours ou quelques semaines peut suffire.

Il s'agit de vraies maladies, et, grâce à Dieu, beaucoup peuvent se guérir. Ce ne sont pas des signes de faiblesse ou de fautes personnelles. Pour obtenir de bons résultats, le diagnostic et le traitement précoces sont importants.

En plus des anxiolytiques, quelques antidépresseurs sont utiles. La première option de traitement est la psychothérapie. Antidépresseurs et tranquillisants peuvent s'avérer utiles. La psychothérapie peut aussi explorer les possibles conflits cachés qui conditionnent la peur pathologique, en cherchant le moyen de la contrecarrer, et de modifier son style de vie pour qu'il génère moins d'angoisse. On peut contrôler l'anxiété par des exercices de difficulté croissante destinés à surmonter les situations stressantes.

Il importe que le directeur spirituel sache qu'un patient ayant des troubles de l'anxiété met à rude épreuve les relations familiales par son comportement qui peut paraître étrange ou contrarier les plans d'autres personnes, ou par ses réactions qui font perdre la paix. Il faut être compréhensif et patient. Plus que pour d'autres maladies, il est indispensable de garder son calme, de parler sereinement, sans contester ces peurs illogiques : leur suggérer de mettre leur confiance en Dieu qui est Père et prévoit tout pour le bien de ceux qui l'aiment ; qu'ils essayent de *se reposer dans le Seigneur* qui est notre paix et notre principale source de sérénité.

Le directeur spirituel doit conseiller la force d'âme, et aider les personnes à s'acquitter de leurs obligations, selon l'ordre de la charité, même si l'anxiété est cause de souffrance (elle ira peu à peu en diminuant). Il est bon de les exhorter à la patience, afin qu'elles acceptent leur anxiété comme composante de leur situation, et qu'elles embrassent la Croix au sein de cette contrariété, au lieu de la fuir par la négligence des activités ordinaires et du service des autres que commande la vie. Et qu'il les encourage à orienter leur vie selon de vrais idéaux et non par le désir d'échapper aux impressions désagréables.

Une existence qui ne consisterait qu'en efforts pour éviter toutes gênes ou tensions, effort par ailleurs générateur essentiel des troubles d'anxiété, ne serait pas digne d'un fils de Dieu, puisque nous sommes appelés à beaucoup plus. Il convient de rappeler à celui qui souffre d'anxiété qu'il doit tâcher de vivre l'« ici et maintenant » en présence de Dieu, par l'accomplissement du devoir de chaque instant. Si les personnes qui souffrent d'anxiété se rendent compte qu'ils sont excessivement préoccupés, ils peuvent centrer de nouveau leur attention sur les petites choses, en offrant avec amour ce qui leur coûte : plus parfait est l'amour, plus grande est la sérénité intérieure. Qu'ils vivent plus à fond la Crainte de Dieu, don de l'Esprit Saint, qui les porte à n'avoir peur que d'une seule chose : la séparation d'avec Dieu.

3.4 *Obsession et compulsion*

L'obsession et la compulsion se présentent dans diverses maladies. Le trouble obsessionnel-compulsif²¹ fait partie des troubles de l'anxiété précédemment analysés, mais ses symptômes peuvent aussi être présents chez une personnalité pathologique. Il existe de plus une *tendance à l'obsession*, qui n'est pas vraiment une maladie mais un trait de caractère. Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) affecte environ 0,5 % de la population totale.

L'obsession, du latin *obsessio* (harcèlement), consiste en idées, pensées, envies ou images qu'on n'arrive pas à chasser de l'esprit. Elles entrent d'une manière impérative et sont perçues comme quelque chose d'irrationnel, incontrôlable, absurde et qui provoque l'angoisse. Ce n'est pas une simple pensée inopportune qui finit par disparaître et qui, comme chacun l'a expérimenté, est fréquente dans les états de tension, d'anxiété, de fatigue ou de manque de sommeil, lesquels favorisent la rumination d'idées. D'autre part, il arrive qu'à vouloir couper avec trop de force une pensée involontaire l'anxiété augmente et celle-ci disparaît plus difficilement.

Le terme compulsion indique des pensées ou des comportements impétueux qui accompagnent l'obsession. Ils se déclenchent comme moyens de réduire l'anxiété engendrée par l'obsession. Il s'agit d'une pulsion irrésistible à agir pour vérifier que ce qui est pensé n'est pas vrai ou pour éloigner un danger supposé. L'exemple le plus typique est de se laver continuellement les mains par obsession d'être contaminé. L'angoisse diminue seulement de manière momentanée, à la différence de ce qui se passe quand on satisfait un désir normal²².

²¹ Cf. ERNESTO AVIÑO NAVARRO, Trastorno Obsesivo Compulsivo, dans *La salud mental y sus cuidados*, cit., pp. 369-376.

²² La première option de traitement psychothérapeutique cognitive-comportemental du TOC consiste à suggérer à la personne de s'exposer à ce qui l'obsède et résiste à la compulsion : par exemple, qu'elle touche quelque chose qui lui paraisse contaminé, et qu'elle ne se lave pas les mains ; ou qu'elle laisse volontairement, sans la déplacer, une chaise non symétrique par rapport aux autres. Au début, cela peut augmenter l'anxiété, mais peu à peu, avec l'aide aussi de techniques de relaxation, on obtient de bons résultats. Cette technique s'appelle *exposure and response prevention* (exposition et prévention de la réponse, EPR).

Dans le TOC, la personne a des obsessions involontaires et absurdes qu'elle ne peut pas écarter et qui provoquent un tel accablement qu'elle ne parvient plus à mener ses activités normales. Dans la plupart des cas cela apparaît avant 25 ans, et rarement après 40 ans. Les thèmes les plus communs sont la peur d'être contaminé par des germes, les doutes (*Ai-je éteint la lumière ou fermé la porte ?*), l'ordre ou la symétrie, les impulsions agressives (par exemple cris obscènes, sexualité incontrôlée), etc.

C'est une maladie chronique qui devient aiguë dans des situations stressantes. Elle peut se compliquer de dépression ou être associée à d'autres troubles. L'existence de facteurs génétiques a été confirmée. Cette affection peut aussi se voir chez des enfants, à cause de toxines produites par des germes qui provoquent des angines.

Face aux TOC, les mesures générales que nous avons mentionnées pour les troubles de l'anxiété restent appropriées. Ceux qui traversent une période de plus grande obsession ne sont pas tous malades, mais si les symptômes ne disparaissent pas rapidement, si l'anxiété augmente ou s'il y a des manifestations compulsives, un traitement sera nécessaire. Il y a des médicaments efficaces, qui diminuent l'obsession et la compulsion. La psychothérapie cognitive-comportementale, qui donne des règles pour modifier les idées obsessionnelles, est également efficace.

Il est important de ne pas favoriser les troubles compulsifs d'un malade, ce qui peut arriver si un proche se précipite pour ouvrir les portes afin d'éviter que l'autre *ne se contamine*, ou lui facilite le fait d'aller se laver sans cesse, etc. Face aux questions compulsives et continues, que l'on peut évoquer dans la direction spirituelle, telles que : *est-ce que je fais bien ? Ai-je raconté ce fait avec suffisamment de détails ? Ai-je fermé la porte ? Le numéro de téléphone que j'ai donné est-il le bon ?*, etc. Il ne faut pas se laisser entraîner par la colère ni tomber dans la moquerie sarcastique ou répondre comme si de rien n'était, pour tranquilliser, mais dire calmement qu'on lui a déjà répondu : peu à peu on doit aider le malade à prendre conscience de ces symptômes pathologiques. Il faut toujours agir, et répondre avec calme, avec le sourire, pour qu'il finisse par comprendre sa façon d'agir et qu'il puisse s'exercer à la patience envers lui et envers les autres. Le directeur spirituel peut aider ces personnes en leur donnant les mêmes conseils que pour les troubles d'anxiété.

3.5 Troubles de l'humeur

On parle de troubles de l'humeur en cas d'altération de l'état d'âme, par excès ou défaut. Il y a un trouble unipolaire (dépressif) et un trouble bipolaire (maniaco-dépressif)²³.

²³ Pour approfondir ce thème et les façons d'aider les malades voir: SALVADOR CERVERA ENGUIX, *Trastornos depresivos*, dans *La salud mental y sus cuidados*, cit., pp. 333-343.

La *dépression* et la manie sont deux pôles. La première se manifeste par une humeur en berne, une perte d'intérêt et d'initiative, une lenteur psychique et motrice, un pessimisme, une indécision et un sentiment de culpabilité. La *manie*, en revanche, se présente comme une euphorie, une excitation psychologique et motrice, une désinhibition, un optimisme sans cause, une mise en valeur exagérée de ses capacités, des initiatives et activités multiples sans réflexion, etc. Un degré moindre est l'*hypomanie* des personnes qui sont hyperactives et impulsives.

La manie compromet la capacité de jugement et le comportement social. Elle pousse à des décisions désastreuses prises à toute vitesse dans le domaine familial, économique, etc. et à des actions erronées, par exemple dans la sexualité. Un épisode maniaque est très surprenant. Il peut s'instaurer en quelques heures et être accompagné d'idées délirantes (de grandeur). On remarque que les malades sont excités, avec de multiples plans et projets, une grande énergie physique, peu de besoin de sommeil. Ces extrêmes pathologiques doivent être distingués de la tristesse et de la joie, bien que les limites soient mal définies. Ce qui caractérise cette maladie est le manque de proportion entre stimulant et réaction, avec une durée ou une intensité de réponse qui ne sont ni logiques ni équilibrées, et il se produit un dysfonctionnement dans la vie personnelle, professionnelle, ou de relation.

De nombreuses situations affectent l'humeur. Il y a des dépressions passagères, en réaction à des fêtes où sont absents des êtres chers, à l'anniversaire d'événements affligeants, ou, chez les femmes dans les périodes prémenstruelles. Elles peuvent aussi apparaître lors de situations de stress professionnel prolongé, comme le *burn-out* de ceux qui travaillent à aider les autres (personnel sanitaire, assistantes sociales, professeurs, etc.), soumis à la tension émotionnelle continue du contact avec la douleur physique ou psychique ; dans les fatigues chroniques, etc. La fatigue ou l'épuisement peuvent, de leur côté, être normaux ou être l'indice d'une autre maladie psychique ou physique : anémie, hypothyroïdisme, diabète, infections, etc. Dans le *trouble de déficit de l'attention et d'hyperactivité* (TDAH) chez l'adulte, prolongation d'un tableau clinique initié pendant l'enfance, on voit fréquemment anxiété et dépression.

Certaines périodes critiques de la vie favorisent l'apparition de la symptomatologie dépressive, comme l'adolescence, la crise du milieu de vie (autour de 40 ans) exposée dans un autre paragraphe, ou la vieillesse. La ménopause, fin des cycles hormonaux de la femme, est un facteur biologique qui peut affecter l'humeur et déclencher un tableau dépressif. Elle survient vers 50 ans et comporte de nombreux symptômes d'intensité et fréquence variables : bouffées de chaleur et de transpirations, insomnies, vertiges, tachycardie, fourmillements, douleurs articulaires et musculaires, problèmes intestinaux, etc. Le traitement substitutif par les hormones peut être efficace mais il a des effets indésirables qui doivent être évalués par le médecin.

On ne connaît pas la cause exacte des troubles de l'humeur. Il y a une interaction entre les facteurs biologiques (modifications hormonales, et des neurotransmetteurs cérébraux), génétiques,

psychologiques (stress dans la vie affective, professionnelle, ou de relation) et ceux liés à la personnalité. L'héritage génétique est important, spécialement dans le trouble bipolaire. Certains aspects de la personnalité favorisent la dépression, comme l'instabilité émotionnelle, le sentimentalisme, la nervosité, l'insécurité et le perfectionnisme. Certains médicaments peuvent aussi provoquer des symptômes dépressifs : antihypertenseurs antiparkinsoniens, chimiothérapie, contraceptifs, etc. Parfois la dépression est associée à des maladies organiques (Parkinson).

Avant de continuer à décrire les troubles de l'humeur, il faut clarifier la terminologie. On parle de *dépression majeure* en référence aux épisodes dépressifs classiques que nous commenterons. Le terme majeur n'indique pas tant la gravité que le nombre des symptômes. La *dysthymie* (appelée auparavant dépression névrotique) est une forme de dépression moins grave mais chronique, habituellement en relation avec une personnalité vulnérable, association qui complique le traitement et le pronostic, car deux problèmes sont à résoudre. Il y a des *dépressions réactives* (exogènes) déclenchées par un événement hautement émotionnel, comme la perte d'un être cher, la séparation conjugale, la rupture d'une relation (fiançailles ou amitié), la perte de l'emploi, le diagnostic d'une maladie grave, etc. On les oppose aux *dépressions endogènes*, où il n'y a pas de causes externes et qui sont donc dues à des altérations biologiques cérébrales. Les dépressions réactives sont en relation avec le *deuil pathologique*, tableau dépressif causé par la mort d'un être cher, où le deuil se prolonge excessivement ou bien est d'une intensité rare, associé à des pensées de culpabilité ou des idées étranges qui peuvent être des délires. Il existe aussi un cas, fluctuant entre tristesse et euphorie, qui dure quelques heures ou jours et qui n'a pas la gravité de la dépression ou de la manie : on l'appelle *cyclothymie*.

Dépression

C'est la maladie psychique la plus fréquente. Sous toutes ses formes, elle affecte 15 % de la population à un moment ou un autre de leur vie. Le symptôme clef est la baisse de l'humeur, avec perte d'intérêt et incapacité à prendre plaisir à toutes ou presque toutes les activités. Elle inclut tristesse, désespoir, apathie, manque d'initiative et irritabilité. La manifestation la plus commune est l'incapacité à éprouver de la joie et à *ressentir les choses comme avant*. D'autres symptômes sont l'anxiété, l'insomnie (on se réveille souvent très tôt), la perte d'appétit et de poids, les difficultés de concentration, la baisse du désir sexuel. Les idées négatives de faute, ruine, condamnation et mort sont fréquentes. Il y a des parfois manifestations psychotiques, à connotation délirante, qui donnent lieu à des psychoses dépressives. S'y ajoutent des manifestations somatiques comme migraines, douleurs, fourmillements, vertiges, problèmes intestinaux et cardio-vasculaires. On doit soupçonner une dépression en cas de tristesse immotivée ou disproportionnée durant plus de deux semaines.

Le psychiatre allemand H. Tellenbach a remarqué chez nombre de ses patients le *Typus melancholicus*, qui consiste en un désir excessif d'ordre associé à un niveau d'auto-exigence élevé, qui se reflètent dans la vie professionnelle et dans les relations interpersonnelles, sous forme de scrupules

avec un fort sentiment de culpabilité. On trouve fréquemment, à un niveau excessif, les caractéristiques suivantes : perfectionnisme, désir d'ordre, responsabilité et honnêteté, sensibilité, exigence envers soi-même et intolérance, sens du devoir et inflexibilité, recherche du rendement optimal, estime de soi dépendant de l'opinion d'autrui, état d'âme changeant, et obsessions. Ce comportement, similaire à ce qu'on appelle aujourd'hui personnalité obsessionnelle-compulsive ou anankastique²⁴, conduit à une grande tension psychologique, et avec l'âge peut produire des dépressions.

Dans la tâche de formation, il faut endiguer ces tendances, pour développer leurs aspects positifs. On contribue de cette façon à prévenir la dépression, bien que celle-ci ne soit pas un signe de faiblesse ou une situation dépendant de la volonté de la personne. Le déprimé ne se sent pas mieux du fait de déployer davantage d'efforts, ou de mettre en avant sa bonne volonté, ou parce qu'il lutte pour ne pas se laisser abattre. On peut modifier les personnalités vulnérables ou fragiles en changeant leur mode de vie.

Trouble bipolaire

Le trouble bipolaire s'appelle aussi *psychose maniaco-dépressive*, pour souligner la présence de symptômes psychotiques. Il consiste en une alternance de périodes de dépression, décrits ci-dessus, d'épisodes maniaques et de moments asymptomatiques. Des manifestations des deux aspects interviennent souvent durant la jeunesse. Un seul épisode maniaque est insuffisant pour retenir le diagnostic et le différencier du trouble unipolaire.

Les troubles bipolaires impliquent des rechutes fréquentes et nécessitent à vie des médicaments stabilisateurs de l'humeur (comme les sels de lithium). La manie requiert une intervention médicale d'urgence.

Comment affronter les troubles de l'humeur

La façon d'aider quelqu'un qui a des troubles de l'humeur dépend de la situation ou de la phase dans laquelle elle se trouve. Dans la manie, de même qu'avec les symptômes psychotiques, les discours sont de peu d'effet : il faut recourir aux médicaments. Dans les phases dépressives, l'appui de la direction spirituelle offre des ressources valables pour comprendre le problème. Mais il faut aussi des médicaments. Entre les crises ou après le rétablissement, il convient d'attaquer, avec l'intervention d'experts, les aspects de la personnalité qui prédisposent à la dépression.

²⁴ Anankastique : se dit d'une personnalité obsessionnelle ou d'un état psychologique dans lequel le patient se sent forcé de penser, ressentir ou agir. Le terme est utilisé par la Classification Internationale des maladies pour désigner un type de personnalité rigide avec des pensées obsessionnelles, des tentatives régulières mais vaines de rejets des obsessions, un doute obsessionnel et un perfectionnisme, sans que cela atteigne la sévérité d'un trouble obsessionnel-compulsif, lequel fait l'objet d'un diagnostic distinct.

Pendant la thérapie, la famille, les amis, ou le directeur spirituel peuvent renforcer les conseils des professionnels et donner confiance sur les bons résultats qu'obtiendront les médicaments, qui commencent à agir au bout de trois ou quatre semaines. La dépression se soigne : 2/3 des patients réagissent bien dès la première cure du traitement. Plus de 80 % des cas ont une rémission complète. Dans les cas les plus graves, avec idées suicidaires, une hospitalisation est souvent nécessaire.

Pour s'occuper de ces personnes, il n'y a pas de règles universelles : chaque cas est unique et doit être traité différemment. Il est bon de les pousser à sortir d'elles-mêmes, à se tourner vers Dieu et vers les autres, avec la meilleure humeur possible, la joie des enfants de Dieu. Ils doivent contrôler leur imagination, vivre au jour le jour. Il faut les écouter avec calme, aussi souvent qu'ils le souhaitent : les conseils génériques d'encouragement sont peu utiles. Il ne faut pas leur demander sans plus un effort de *bonne volonté*, car ils ont peu de force ; ni faire des comparaisons du genre : *beaucoup sont plus mal que toi*.

S'ils refusent le traitement médical, il faut leur répéter ce qu'a probablement déjà dit le médecin : les médicaments actuels ne modifient pas la personnalité, ne changent pas la façon de penser, n'interfèrent que peu avec la vie sociale ou professionnelle. Ils ne causent pas non plus de dépendance grave, même utilisés, si nécessaire, pendant des mois ou des années. En revanche, ils facilitent la sérénité et la paix.

Il faut faire en sorte que le malade prenne du recul face à ce qu'il ressent, en évitant qu'il ne s'identifie à ses états d'âme : lui donner l'espoir et lui demander confiance et patience. Parler des arguments positifs : ils y acquerront une expérience d'aide aux autres personnes, une meilleure connaissance d'eux-mêmes. On fera en sorte d'éviter qu'ils cherchent constamment une cause, un motif, qui expliquerait leur état, car cela augmente leur tendance à l'autocritique et développe de plus des sentiments de culpabilité et d'incapacité.

Ils peuvent offrir leur tristesse, y compris *a posteriori*, après rétablissement et lorsqu'ils sont plus objectifs, avec la joie de la foi, qui n'est ni physiologique ni psychologique. Il faut les aider à comprendre que Dieu permet ces souffrances, qu'on doit apprendre à les sanctifier, car nous savons bien que tout concourt au bien de ceux qui aiment Dieu (cf. Ro 8, 28). Ils auront du mal à comprendre qu'ils ont une maladie comme n'importe quelle autre, qui est un trésor d'où ils pourront tirer beaucoup de bien. On ne doit en aucune façon la considérer comme un châtement. Par conséquent, *omnia in bonum* ! (tout est pour le bien !). Mais qu'ils sachent que le fait d'offrir leurs souffrances ne va pas les faire disparaître sur le champ...

Il est indispensable qu'ils se sentent compris et ressentent cette compréhension. Comme l'affectivité du malade tend à tout déformer, ils veulent vérifier qu'ils sont compris, aimés et encouragés. Il est parfois plus important de les laisser se confier que de leur donner des conseils. Le

risque existe qu'ils prennent pour des ordres ou des reproches de simples suggestions de direction spirituelle.

Dans la mesure du possible, il faut les pousser à s'appuyer avec confiance sur Dieu, la Sainte Vierge, et l'intercession des saints. Qu'ils aillent souvent au Tabernacle, soignent leur prière mentale et vocale, leur relation filiale avec Dieu le Père, l'abandon, la vie d'enfance spirituelle. Il est bon de leur conseiller des textes et des sujets pour leur prière personnelle : en regardant simplement une photo, ils pourront parfois s'adresser à Dieu sous forme d'action de grâce, d'adoration, etc. On doit les encourager à prier et demander abondamment, en leur proposant des intentions : pour l'Eglise, les âmes... Les suggestions et objectifs doivent être faciles et concrets, accessibles et stimulants, proposés, avec leur accord, de façon à encourager leur autonomie, leur *liberté d'esprit*.

Les idées négatives et obsessions, s'ils en ont, peuvent les aider à prier : plutôt que de lutter pour les chasser directement, qu'ils cherchent à leur retirer de l'importance et les utilisent même comme moyens ou « réveils » pour leur vie de piété. C'est pour eux la meilleure démonstration de foi. Il faut leur suggérer des détails qui facilitent la présence de Dieu et qui les enthousiasment ou, du moins, qu'ils se sentent capables d'accomplir. En tout cela, qu'ils augmentent leur amitié avec l'Esprit-Saint.

S'ils ont l'habitude de l'examen de conscience quotidien, celui-ci devra être facile et bref. Il suffira qu'ils examinent quelques points et prennent une petite résolution : par exemple, de répéter une brève jaculatoire. Un désir excessif d'auto-examen n'est pas bon pour eux.

La plupart des malades sous médicaments pourront reprendre dès le début du traitement, ou peu après, leurs activités professionnelles, familiales, etc. et leurs pratiques de piété habituelles. Il n'y a pas de raisons, sauf cas particulièrement grave, pour qu'ils n'aillent pas à la Messe ou ne vivent pas d'autres dévotions qu'ils avaient peut-être comme réciter le chapelet ou faire un moment de prière mentale. En général, il convient qu'ils aient un horaire, se couchent et se lèvent à l'heure fixée. Ils ont souvent besoin de dormir le nécessaire, sans exagérer. Un excès de sommeil peut s'avérer négatif et devenir un engourdissement pour le cerveau au lieu d'être réparateur. Le médecin peut les aider à fixer les détails, pour ne pas faire tout cela de façon désordonnée.

Ils doivent être toujours occupés, ne pas rester inactifs. Ils pourront certains jours faire une lecture distrayante ou résoudre des affaires simples, mais il est important qu'ils se sentent utiles, et qu'ils le soient réellement : offrir leur douleur est déjà un trésor. On a intérêt à ce qu'ils fuient la solitude, ne s'enferment pas sur eux-mêmes, en leur donnant pour cela des solutions concrètes. Il n'est pas bon qu'ils restent habituellement seuls, sauf indication du médecin, ou s'isolent, par exemple, les fins de semaine. Les proches doivent prendre l'initiative : suggérer, demander, voir qui peut se promener ou faire des courses avec eux, etc. sans les forcer.

Si des actes contraires aux vertus, manque de sobriété, sensualité, etc. se présentent, on peut leur faire voir que, si on ne sait pas comment bien se comporter, ce n'est jamais une solution de mal se comporter. La maladie ne doit jamais être une excuse pour consentir à des actes contraires à la loi morale. Cela ne s'oppose pas au fait qu'existe des pathologies capables de diminuer la responsabilité morale de certains choix et même, dans des cas extrêmes, d'annuler la liberté du malade. L'amour de Dieu et sa grâce qui ne manque jamais, permettent de soigner la santé spirituelle.

Durant les périodes dépressives, il peut être plus difficile de lutter contre les tentations, entre autres parce que les défenses sont diminuées, avec moins de ressources psychologiques pour les combattre. Ils trouveront la paix si on leur rappelle la différence entre sentir et consentir, l'importance des actes de contrition et des actions de grâce.

Pendant le processus dépressif, ou une fois surmontée sa phase aiguë, en faisant un bilan, ils pourraient vouloir couper avec leur vie passée : mariage, vocation, profession, etc. Il faut leur rappeler qu'un état psychique dégradé n'est pas bon pour prendre des décisions importantes, et que quand ils seront guéris ils pourront y penser avec calme. En tout cas, il convient de leur faire voir qu'il y a des obligations où ils ont engagé leur volonté de manière définitive et qu'en conséquence ils ne peuvent pas les rompre sans plus. Manquer à ce type de devoirs porte atteinte non seulement à eux-mêmes mais aussi à d'autres personnes comme le conjoint ou les enfants. Dieu ne les abandonnera pas et leur donnera des forces pour continuer à vivre fidèlement dans l'état auquel Il les appelle.

Ces réflexions sont l'occasion de voir ce qu'il faut changer. Plutôt que de détruire, peut-être irrémédiablement, ce qu'ils appréciaient avant, ils pourront chercher, avec l'appui du médecin, des aspects qu'ils vivaient de manière incorrecte : du perfectionnisme, un activisme stérile, une *double vie*, une relation problématique avec l'autorité, des difficultés de caractère comme celles que nous expliquerons dans le paragraphe suivant, etc.

Certains états d'épuisement professionnel, qui existent aussi chez ceux qui se consacrent à des tâches ou œuvres d'apostolat chrétien, peuvent être évités par le repos nécessaire, une bonne connaissance de soi-même, une meilleure formation aux relations interpersonnelles et une valorisation correcte de la réalité : le travail n'est pas une fin en soi mais un moyen. Dieu veut se servir des chrétiens malgré leurs limitations personnelles, qu'il convient de reconnaître sans les nier ni les exagérer : ce qu'on fait par amour de Dieu a toujours des répercussions positives, même si on ne les voit pas immédiatement.

On doit parler avec une grande délicatesse à tous ceux qui traversent ces situations, sans manquer de mentionner leurs vertus, le bien qu'ils ont fait et pourront continuer à faire : « Abattement physique. —Tu es... “ à plat ”. —Repose-toi. Arrête cette activité extérieure. —Consulte le médecin.

Obéis et abandonne tes soucis. Tu reprendras bientôt tes activités et, si tu es fidèle, ton apostolat n'aura fait qu'y gagner »²⁵.

3.6 La personnalité mature et ses troubles

La personnalité est la façon d'être qui se forme tout au long de la vie. C'est une *organisation dynamique* (c'est-à-dire qu'elle change et se modifie dans le temps) de tout le système psychophysique qui détermine la façon de penser et d'agir²⁶. Elle est le résultat d'interactions entre facteurs constitutionnels, ambiants, sociaux, etc. où la religiosité a une importance clef.

On distingue habituellement deux éléments dans la constitution de la personnalité. Le *tempérament*, en tant que substrat physiologique du fonctionnement psychique, est l'ensemble des caractéristiques héritées qui se développent depuis la naissance. Le *caractère*, lui, est la partie de la manière d'être, acquise sous des influences externes, comme l'éducation, la formation, les interactions ou événements sociaux, les conditionnements socioculturels, etc.

Il y a bien des manières de classer les personnes selon leur tempérament ou leur caractère, et plus encore de définir ce qu'est une personne mûre. Sans entrer dans les détails, nous pouvons affirmer que la personnalité mature d'un chrétien est celle qui s'approche le plus du modèle : « (...) — D'accord : il faut avoir une personnalité, mais la tienne doit tendre à s'identifier à celle du Christ »²⁷.

Tant les actes bons ou vertueux que les actions mauvaises ou vicieuses affectent la personnalité, l'enrichissent ou l'appauvrissent selon le cas. Certains traits de caractère sont considérés comme dangereux car ils rendent difficile la maturation et l'adaptation à l'environnement et peuvent créer certains types de pathologie psychique. Par exemple le perfectionnisme, l'activisme, l'impulsivité, l'insécurité, la sous-estime de soi, et l'obsession.

Quand ces traits ou caractéristiques dépassent une certaine limite, surgissent les *troubles de la personnalité*. Ils consistent en comportements et traits de caractère négatifs ou pathologiques, constants, rigides, qui influent sur toute l'existence du sujet, sur tout son style de vie. Ce sont des façons structurées et particulières de penser, de percevoir la réalité, d'être en relation avec le monde et les autres, qui contrastent avec la conduite attendue dans sa culture et son milieu. Ces troubles se manifestent dans tous les domaines : savoir, affectivité, contrôle des pulsions, relations interpersonnelles, sociales et de travail. Ils débouchent sur un fort sentiment de vide existentiel et beaucoup de souffrance.

²⁵ SAINT JOSEMARIA, *Chemin*, n. 706 ; voir aussi *ibidem*, n. 723.

²⁶ Cf. GORDON W. ALLPORT, *La personalidad. Su configuración y desarrollo* Herder, Barcelone 1968, p. 47. (*Pattern and Growth in Personality* - Holt, Rinehart & Winston (1963)),

²⁷ SAINT JOSÉMARIA, *Forge*, n° 468.

Les troubles de la personnalité commencent à l'adolescence ou au début de la vie adulte. Pour en porter le diagnostic, il faut que ces comportements soient vraiment rigides, non pas seulement passagers ou liés à des circonstances données, et qu'ils compromettent significativement le fonctionnement normal de la personne, ou causent une souffrance subjective. Bien que stables dans le temps, ils s'améliorent notablement grâce à un traitement psychologique adéquat, appelé psychothérapie.

Une bonne compréhension de ces troubles permet d'aider beaucoup de gens et de mieux se connaître soi-même. Il ne faut pas les confondre avec les *défauts normaux*, même si certains remèdes sont similaires. La cause exacte des maladies de la personnalité est inconnue. Les facteurs génétiques et la formation exercent leur influence : problèmes familiaux, en particulier manque d'affection ou abus dans l'enfance, éducation, expériences négatives. Ceux qui ont une vie spirituelle intense sont mieux armés pour surmonter ces troubles. Le manuel diagnostique les maladies psychiatriques (DSM-IV-TR) en trois groupes qui se recouvrent largement :

Groupe A : Troubles de la personnalité paranoïde, schizoïde, et schizo-typique. Il s'agit de personnes qui paraissent étranges ou excentriques.

Groupe B : Troubles de la personnalité antisociale, limite (*Borderline*), histrionique, et narcissique. Il s'agit de personnes très émotives, mélodramatiques, imprévisibles.

Groupe C : Troubles de la personnalité, fuyante ou anxieuse, dépendante, et obsessionnelle-compulsive. Il s'agit de personnes ayant une anxiété ou une peur permanentes.

Quelles sont les caractéristiques propres de chacun de ces types de personnalité²⁸ ?

Paranoïdes : froids et distants dans les relations sociales, suspectant continuellement les autres, ils emmagasinent de multiples rancœurs. Schizoïdes : froids et distants, ayant peu d'émotion, ils sont solitaires et rejettent les relations sociales. Schizo-typiques : ils ont des pensées et des façons d'agir extravagantes. Auparavant on diagnostiquait cette forme comme une schizophrénie simple. Ils ont souvent des antécédents familiaux de schizophrénie et, sous l'effet du stress, ils peuvent présenter des accès psychotiques semblables à ceux de cette maladie.

Antisociaux : ils ne suivent ni les règles morales ni les règles sociales ; ils ont un profond manque d'estime envers eux-mêmes qu'ils transforment en oppression des autres ; ils se droguent fréquemment ou tombent dans d'autres addictions. Troubles *Borderline* de la personnalité : 75 % sont

²⁸ Il n'est pas facile d'établir une division claire entre une personnalité normale et anormale: le diagnostic repose sur des critères statistiques et sociaux: cf. JOSE LUIS BESTEIRO GONZALEZ, ÁNGEL GARCIA PRIETO, *Trastornos de la personalidad*, dans *La salud mental y sus cuidados*, cit., pp. 297-309.

des femmes ; elles ont aussi une faible estime d'elles-mêmes, sont impulsives, anxieuses et irritables ; changent brusquement d'humeur, alternant colère et joie ; sont instables dans les relations sociales ; développent des idées paranoïdes et souvent s'infligent des lésions pour tenter de neutraliser leurs douleurs psychiques par la souffrance physique. Histrioniques : théâtraux, à l'émotivité exagérée, ils réagissent mal s'ils ne sont pas le centre de l'attention ; séducteurs ou provocateurs. Narcissiques : ils ont des idées irréalistes de grandeur, des sentiments de supériorité ; ils se croient uniques ou spéciaux ; ils profitent des autres pour atteindre leurs fins, tombent dans l'envie ; ils manquent d'empathie, de capacité à se rendre compte de ce qui se passe à côté d'eux ou des besoins des autres.

Fuyants ou anxieux : ils évitent toute situation risquée, ou les contacts personnels, bien qu'ils les souhaitent, par peur du rejet, de la honte, du ridicule, d'une humiliation ; ils se sentent inférieurs aux autres ; ils ont peur de parler en public ou d'être le centre d'attraction ; ils souffrent de leur isolement. Dépendants : dépendance pathologique des autres ; incapables de décider par eux-mêmes ; ils ont une peur accablante d'être abandonnés en raison de leur grande insécurité, ce qui les conduit à une attitude de totale soumission. Obsessionnels-compulsifs ou anankastiques : ils sont perfectionnistes, rigides, et se préoccupent excessivement de l'ordre ; ils ne supportent pas les erreurs et ont du mal à décider, de peur de se tromper, ce qui leur ferait perdre l'estime des autres et raviverait leur profond sentiment d'infériorité ; ils soignent exagérément les détails, les règles, les listes de choses à faire, grâce à quoi ils se sentent utiles et courageux ; ils sont obsédés par le travail ; ils ne savent pas déléguer par manque de confiance et besoin de tout contrôler ; ils tombent souvent dans le scrupule.

La prévention est possible si l'on prend soin de l'ambiance familiale, et qu'on détecte assez tôt les traits dangereux ; chez les jeunes il est plus facile d'y porter remède, car la personnalité est plus malléable. Cette tâche revient d'abord aux parents, mais aussi aux professeurs et, dans une certaine mesure, au directeur spirituel. Les troubles de la personnalité se forment durant de longues années et la récupération, par conséquent, prendra du temps. Il faut réduire l'anxiété et la dépression, qui accompagnent fréquemment ces troubles, et réorienter les relations interpersonnelles. Les médicaments sont moins utiles que pour d'autres troubles.

La relation avec ces malades est ardue, car la patience est fondamentale. Avec calme et sérénité, il est bon de leur dire ce qui apparaît à l'extérieur de leur façon d'être et d'agir. On doit pousser la délicatesse à l'extrême pour qu'ils ne se sentent pas blessés ou qu'ils ne se renforcent pas dans la fausse conviction que « *les autres font tout pour me fâcher* ». Il faut éviter les commentaires ou attitudes sarcastiques. Devant une personne énervée ou agitée, ce qui n'est pas rare, on doit soigner encore plus le calme et la maîtrise de soi. Comme souvent, un interlocuteur placide et tranquille domine sur le nerveux et l'inquiet : on doit rester paisible, avec un ton conciliant.

Souvent, ils ne se considèrent pas malades, et il est alors difficile qu'ils acceptent une aide médicale. Il faut leur suggérer l'idée qu'avec l'aide de spécialistes ils pourront beaucoup améliorer leur

attitude, leur relation avec eux-mêmes et avec les autres, et donner une nouvelle orientation à leur vie. Accepter la difficulté, c'est déjà commencer à changer. Il est bon qu'ils se confessent chaque fois que nécessaire : la grâce de Dieu, qui les pousse à découvrir leurs erreurs et leurs péchés plus ou moins conscients, et le pardon qu'ils reçoivent, seront efficaces. Parfois, il est fondamental qu'ils apprennent aussi à pardonner et à oublier les offenses passées. S'ils manifestent l'intention de s'automutiler ou autres symptômes psychotiques, l'intervention d'un médecin est urgente.

Dans la pratique, on rencontre souvent chez les gens des aspects négatifs (nous en avons tous quelques-uns), sans en arriver au trouble de la personnalité, par manque d'intensité ou parce que cela ne compromet pas sérieusement le fonctionnement normal de l'individu. Il n'est pas toujours facile de distinguer entre maladie de la personnalité, comportement pathologique sur un aspect, simple défaut transitoire, ou manque de maturité psychologique²⁹.

Quand il y a un mal-être subjectif important ou durable, ou des conséquences externes négatives comme des conflits familiaux, sociaux, etc., il est probable qu'existe un problème de personnalité et il est conseillé de consulter un médecin expérimenté. Même sans présenter tous les critères d'une *maladie*, ils pourront bénéficier d'une aide médicale ou psychologique. Il est dangereux de laisser le temps passer sans réagir, car on retarde ainsi un diagnostic et on laisse les défauts apparaître et s'enraciner.

Ceux qui ont des défauts marqués de caractère doivent aussi reconnaître leur problème. On doit les pousser à faire confiance aux autres, à ceux qui les connaissent et veulent les aider. Accepter son propre comportement est intimement lié à l'acceptation de celui des autres : c'est la base de la vertu d'humilité, qui régule l'estime de soi et l'estime que nous avons pour les autres. Cette reconnaissance doit être unie à une vraie lutte, en comptant sur la grâce de Dieu, pour surmonter la difficulté ou chasser le défaut. Nous présenterons plus loin quelques exemples.

Une attention particulière est requise pour les personnes excessivement centrées sur elles-mêmes, incapables de découvrir quoi que ce soit de bon chez les autres ou dans le monde ; ceux qui *s'énervent* très souvent à cause de leur comportement ou de celui des autres « *je n'aime pas sa façon de s'habiller ou de parler ou de manger* » ; ceux qui jugent avec irritation « *pourquoi fait-il ainsi ?* » Ce qui cache un « *pourquoi ne fait-il pas comme moi ?* » ; ceux qui considèrent tout en fonction d'eux-mêmes et de manière pessimiste. Il y a un facteur commun dans beaucoup de problèmes sérieux de caractère, une espèce de *bouillon de culture* où se développent les autres aspects dangereux : c'est

²⁹ Pour approfondir ce point, cf. JAVIER CABANYES TRUFFINO, *Personalidad*, dans *La salud mental y sus cuidados*, cit. pp. 85-98.

*l'égoïsme*³⁰. Jamais cependant il ne faut mettre d'étiquettes « on sait bien qu'il est comme cela ... ». On peut changer même si la lutte, l'effort serein et constant, peuvent durer toute la vie.

Un premier comportement négatif à signaler est le *perfectionnisme*, que l'on observe à un niveau pathologique dans le trouble obsessionnel-compulsif de la personnalité et chez quelques dépressifs. Il peut être lié à l'orgueil : chercher à bien faire les choses non par amour de Dieu mais par amour de soi-même. Il peut aussi ne pas venir de l'orgueil et être plutôt un trait bien enraciné de caractère. Il s'agit de gens qui vivent tournés vers le futur, qui acceptent mal les choses en cours, et dépendent fortement de l'opinion d'autrui. Ce comportement est souvent associé au volontarisme, à l'hyper-responsabilité et à l'activisme.

Saint Josémaria écrit dans *Chemin* : « Galoper, galoper !... Agir, agir !... Fièvre, folie de bouger... Merveilleux édifices matériels... Spirituellement : planches de bois blanc, pauvres tissus de coton, carton-pâte... Galoper ! Agir ! —Et beaucoup de gens courent, vont et viennent. Ils travaillent pour l'heure présente : « ils sont » toujours « au présent ». —Toi ..., tu dois voir les choses avec une vision d'éternité, « en mettant au présent » ce qui est passé et ce qui doit venir... Quiétude. —Paix. — Vie intense mais au-dedans de toi. Sans galoper, sans cette maladie de changer de place, de l'endroit même qui t'est assigné dans la vie, tu seras pour beaucoup source de lumière et d'énergie, comme une puissante turbine spirituelle..., sans perdre toi-même ta force et ta lumière »³¹.

Le but que l'on peut proposer à certaines personnes perfectionnistes est de diriger habituellement leur regard vers le Ciel, sans transformer l'ordre, la ponctualité ou toute autre vertu en une fin en soi. Qu'ils vivent avec sérénité le fait d'être imparfaits, dans un monde et avec d'autres gens imparfaits. Le pas indispensable à franchir est l'humilité, afin d'admettre qu'ils courent sans raison, et qu'ils demandent de l'aide.

Ils doivent s'efforcer de « voir les choses avec une vision d'éternité » : découvrir le sens de l'amour humain et divin, cette vérité que Dieu nous attend. *Commencer et recommencer* sans relâche, faire montre de patience aussi envers soi-même. Il faut leur répéter que la priorité n'est pas faire des choses, mais les faire par amour de Dieu et des autres, en développant une « vie intense au dedans d'eux-mêmes » qui déborde pour donner « lumière et énergie » à beaucoup, sachant écouter et pardonner. Le volontariste doit s'ouvrir aux autres, savoir être heureux au milieu de sa famille et de ses amis, même s'il a l'impression qu'il *perd son temps*.

L'objectif est d'obtenir d'eux qu'ils agissent avec une conviction interne : « *parce que je le veux* ». Ils doivent accepter qu'on ne puisse pas arriver à tout faire. Le goût pour une vie saine et

³⁰ Une analyse excellente de l'égoïsme se trouve dans: JEAN BAPTISTE TORELLO, *Psicología y vida espiritual*, Rialp, Madrid 2008, pp. 110-127.

³¹ SAINT JOSEMARIA, *Chemin*, n° 837.

vertueuse n'est pas le « *je veux* » d'un enfant décidé à obtenir ce qui lui plaît, par exemple réclamer une glace par caprice, mais le « *je veux* » enraciné dans la maturité : *je veux parce que je fais mien ce vers quoi je tends*, parce que je partage l'objectif, par amour pour celui qui m'a donné cette charge ou cet emploi, etc., avec la générosité du don. Il faut se convaincre que Dieu ne nous demande pas de « galoper » pour faire chaque jour plus de choses ou des choses plus difficiles, tel cet infortuné ours de cirque qu'on met un jour sur deux pattes, un autre jour sur une bicyclette, puis sur des patins à glace.

Dans la majorité des cas, Dieu nous demande de faire chaque jour la même chose, mais toujours avec plus d'amour. Il est utile de prendre de petites résolutions et de se rappeler continuellement que la vie chrétienne est joyeuse. Dans la pratique, un passe-temps, une passion, des activités qui poussent à apprécier le quotidien sont bonnes. Ils doivent s'exercer à la flexibilité, à accepter les changements d'horaire ou de plans, à offrir à Dieu les petites contrariétés avec un sourire.

Essayer de développer une attitude positive : qu'ils cherchent les bons aspects présents chez les autres et chez eux ; qu'ils apprennent à rire d'eux-mêmes et acceptent de se tromper. Ils ne peuvent pas se sentir appelés à résoudre tous les problèmes de l'humanité. La simplicité et l'abandon en Dieu sont importants. Dans un contexte approprié, on peut leur proposer des *exercices* en vue d'atténuer les défauts de leur personnalité. Par exemple, si quelqu'un est stressé car il veut *rectifier* immédiatement ce qu'il pense être mal fait, qu'il attende un jour ou deux avant d'en parler. A celui qui ne termine pas un travail sous prétexte qu'il n'est pas parfait, on rappellera que *le mieux est l'ennemi du bien*, ou on lui conseillera de faire volontairement quelque chose de *moins bien*. Celui qui n'a jamais le temps de se distraire ou de se reposer, qu'il suive un horaire incluant des activités récréatives. Celui qui pense que lui seul a raison et fait bien les choses, qu'il laisse agir les autres, et qu'il apprenne à demander aide et conseils. S'il a tendance à porter des jugements négatifs, qu'il fasse un effort quotidien pour dire et penser bien de tous, en évitant les appréciations précipitées qui sont en général erronées.

Un second comportement négatif est *l'instabilité affective*. Bien que l'humeur change pour bien des motifs normaux et mêmes banals, certains présentent des fluctuations plus continuelles. L'affectivité, c'est-à-dire sentiments, émotions et passions, grandit ou diminue. Ces personnes sont souvent très sensibles ou *sentimentales*. Elles ont tendance à se souvenir très longtemps des offenses subies, vraies ou fausses. Cette susceptibilité éclate à certains moments sous forme d'explosions disproportionnées face à des causes insignifiantes. Elles ont souvent une vision négative d'elles-mêmes : *je ne sers à rien, personne ne m'aime*. Elles créent des dépendances fortes et sont très sélectives dans leurs relations. Elles cèdent à la jalousie et aux comparaisons : *pourquoi lui et pas moi ?*

Il est bon de leur parler de la certitude de se savoir fils de Dieu, de la nécessité de l'oubli de soi et de l'humilité ; et de les aider à parler de leur affectivité, de leurs jalousies, des comparaisons qu'elles peuvent faire. Il faut leur faire découvrir le sens de la Croix, pour qu'elles grandissent en force et en tempérance et promouvoir leur liberté intérieure, pour qu'elles sachent assumer avec sens des

responsabilités leurs choix, leur façon d’agir et leurs opinions, ce qui est compatible avec une saine méfiance envers leurs propres sentiments.

Elles apprendront par ce chemin à agir par amour, sans fixation obsessionnelle sur leur humeur. Elles sauront pardonner les offenses et se réjouir sincèrement du bien et des vertus des autres. Un objectif à demander dans la prière est de voir avec les yeux du Christ, faisant sien le désir de saint Jean-Baptiste « Lui, il faut qu’il grandisse ; et moi, que je diminue. » (Jn 3, 30).

Un troisième comportement qui prédispose à la maladie est la *tendance au pessimisme et à la tristesse*. On trouve parfois cela chez des personnes compliquées, introverties, qui n’arrivent pas à réagir rapidement face aux difficultés. L’estime de soi est faible, et plus encore si elles ont eu des échecs. Elles sont souvent irritables et peu sûres d’elles-mêmes. On voit qu’elles s’isolent, s’enferment dans leur *monde intérieur* et se sentent incomprises. Elles peuvent avoir subi par le passé des expériences négatives qui n’ont pas été digérées ; peut-être l’une d’elle est-elle cause de honte et n’a jamais été racontée ou confessée dans le Sacrement de la Réconciliation ; parfois ce sont des choses sans importance que l’imagination gonfle. Ces personnes sont extérieurement formalistes et tendent à agir par devoir et non par amour de Dieu.

Il faut parler à ces personnes de la vertu de la joie et de ses manifestations. Qu’elles s’entraînent à sourire, à offrir un visage paisible, comme le visage du Christ. Qu’elles apprennent à dédramatiser les circonstances externes ou internes, les défauts. Il faut les aider à connaître leurs sentiments personnels et à deviner ceux des autres ; à comprendre comment ils naissent, pour ne pas avoir peur de les manifester. Qu’elles fassent des activités avec d’autres, passent du temps, partagent joies et peines, repos, centres d’intérêt. Qu’elles abandonnent l’auto-compassion et l’isolement ; qu’elles apprennent à travailler en groupe, sans faire exclusivement confiance à leurs propres capacités.

On peut leur recommander, à titre d’exercices pratiques, de s’entraîner à bien faire les choses par amour de Dieu et des autres, y compris sans envie ou sans goût ; qu’elles pensent que les autres les comprennent, même quand il leur semble que ce n’est pas le cas. Qu’elles agissent paisiblement, convaincues qu’elles font bien les choses, sauf si on leur dit le contraire sur un point concret : alors, qu’elles cherchent le remède et demandent de l’aide.

Le cas précédent est différent de celui des personnes chez qui les états de tristesse et d’abandon sont des épreuves extraordinaires de Dieu. Entrer dans ce phénomène, qu’ont expérimenté nombre de saints, nous éloignerait de l’objectif de ces pages. Leurs conseils, néanmoins, peuvent servir à toute personne qui passe par des moments de découragement voire de dépression. Sainte Thérèse de Lisieux, dans une telle situation, s’exclamait : « malgré cette épreuve, qui m’enlève toute jouissance, je puis cependant m’écrier : « Seigneur, vous me comblez de joie par tout ce que vous faites » (Psaume 92, 4).

Car est-il une joie plus grande que de souffrir pour votre amour ?... Plus la souffrance est intime, moins elle paraît aux yeux des créatures, plus elle vous réjouit, ô mon Dieu ! »³².

Saint Josémaria s'exprimait ainsi : « Donne-moi, Jésus, une Croix sans cyrénéens. Je m'exprime mal : ta grâce, ton aide me sont indispensables, comme en toute chose ; sois Toi-même mon Simon de Cyrène. Avec Toi, mon Dieu, il n'est pas d'épreuve qui m'effraie... »³³. Si la symptomatologie dépressive ou l'abattement ne disparaissent pas, du moins l'attitude change et la guérison se trouve facilitée.

Un autre comportement que montrent les personnes tendant à la dépression est *l'insécurité*. Les conseils sont similaires à ceux expliqués pour les perfectionnistes et à ceux que nous verrons pour les scrupuleux. L'insécurité peut augmenter quand la vie montre ses limites à l'individu : celui qui pensait tout savoir, être le meilleur, se rend compte de son erreur, qu'il y a beaucoup de choses qu'il n'a pas apprises, qu'il ne peut pas changer selon sa volonté. Certains traumatismes dus à des déficiences physiques ou intellectuelles, réelles ou imaginaires, accentuent le problème.

Ces personnes tendent à chercher la reconnaissance et l'acceptation. Elles tombent dans le travers de la comparaison et dépendent beaucoup du « *qu'en dira-t-on* ». Par peur de l'échec ou de mal tomber mal elles peuvent rester figées, sans rien décider ni même demander conseil. Cela débouche sur la tristesse et l'isolement, et il n'est pas rare qu'elles se défendent par de la brusquerie. Elles sont souvent rigides dans leurs opinions personnelles et sur certains sujets. Comme des adolescents, elles sont enclines à la compétitivité, spécialement dans le travail. Ceux qui entrent dans la vie professionnelle tombent dans l'activisme.

Ces personnes doivent se convaincre qu'un fils de Dieu prend à tout moment des décisions, sachant qu'il peut se tromper. Elles doivent accepter qu'une sécurité à 100% est impossible sur terre. Il faut qu'elles fassent des actes de contrition, avec la joie du fils qui revient dans les bras de son Père. Elles changeront si elles découvrent que la sécurité est en Dieu et qu'elles agissent en sa présence, acceptant la réalité : « La vie, en soi si étriquée et incertaine, devient parfois vraiment difficile. –Tu n'en seras que plus surnaturel, tu y verras la main de Dieu : et ainsi tu deviendras plus humain, plus compréhensif à l'égard de ceux qui t'entourent »³⁴.

Pour éviter le développement de personnalités peu sûres d'elles-mêmes à l'heure de l'éducation et de la formation de la jeunesse, il vaut mieux ne pas donner les choses toutes faites, et favoriser l'initiative personnelle. On doit proposer des buts et des objectifs possibles. On doit infuser un

³² Sainte Thérèse de Lisieux, *Histoire d'une âme*, Manuscrit C, Folio 7r, Cerf/DDB, 1989, page 244.

³³ SAINT JOSEMARIA, *Forge*, n. 252.

³⁴ SAINT JOSEMARIA, *Sillon*, n. 762

sentiment de sécurité authentique et aider à découvrir la valeur immense de chacun en tant que fils de Dieu, racheté par Jésus-Christ. Ainsi la vie est-elle affrontée au présent, sans rêver à d'autres réalités, et on met en pratique la capacité de décision : « La liberté de l'être humain est toujours nouvelle et doit toujours prendre à nouveau ses décisions »³⁵.

Un dernier comportement négatif que nous mentionnerons est le *victimisme*. Les synonymes sont intéressants car ils montrent bien quelques caractéristiques du victimisme : auto-commisération, lamentations, protestations, plaintes, narcissisme. Ceux qui en sont affectés voient habituellement ce qui leur arrive avec un sentiment de martyrs ou de quelqu'un qui s'immole. Ils ont une grande difficulté à accepter la volonté de Dieu, mais aussi les contrariétés quotidiennes normales : quelque chose qui n'arrive pas comme prévu, pensé, ou voulu, comme une maladie.

Dans un certain sens ces personnes ressemblent au patient souffrant de paranoïa : « tout est contre eux ». Ils ne vont pas jusqu'à avoir des idées délirantes sauf quand la maladie se développe. Le victimisme est frère du narcissisme, par la fixation sur sa propre personne. Ils cherchent continuellement des motifs de se lamenter, se sentir opprimés, dévalués, incapables de faire quoi que ce soit. Ils ont une image altérée d'eux-mêmes, qui fluctue de l'auto-admiration à l'auto-dévalorisation. Ils sont très impressionnables et se blessent pour un rien. Ils interprètent le langage et les gestes, sans se contenter de ce qu'on leur dit ouvertement. Ils consultent fréquemment le médecin pour des symptômes très variés : des migraines, des myalgies, des douleurs articulaires, etc.

Il faut les aider à méditer la Passion du Seigneur, l'unique victime. Si on accepte cela, le danger s'éloigne. Penser que Jésus-Christ souffre pour l'humanité alors qu'il est innocent, ouvre des horizons de don et fait disparaître ou diminuer le sentiment anormal de victime. Cette pensée laisse place au bonheur et on peut surmonter toute peine, réelle ou fictive.

3.7 *Les scrupules : épreuve ou maladie ?*

L'étymologie du mot reflète le type de douleur qu'ils produisent : scrupule vient du latin *scrupulus*, ou petite pierre pointue, qui peut entrer dans une chaussure et cause une grande gêne si on ne l'enlève pas. Ainsi sont l'anxiété et la peur face aux idées obsessionnelles des scrupuleux.

Chez les personnes normales, ils durent peu. S'ils ne sont pas passagers comme dans l'adolescence ou chez ceux qui commencent un chemin spirituel, ils peuvent dissimuler une maladie psychique qui requiert un diagnostic et un traitement médical : on les voit dans les troubles obsessionnels-compulsifs et ils sont fréquents également chez les personnes en insécurité ou chez les perfectionnistes.

³⁵ BENOÎT XVI, *Spe salvi*, n. 24.

Les scrupules sont de différents types : pensées immorales dans des lieux ou situations déplacées, idées de condamnation, préoccupation continue pour les péchés déjà confessés, etc. Ils peuvent s'accompagner d'un état compulsif, c'est-à-dire d'une pulsion à agir à répétition et d'une certaine façon : se confesser souvent, réciter diverses prières, courir jusqu'à l'épuisement, se frapper *pour fuir les tentations*. Si les manifestations sont voyantes et ne cèdent pas à des conseils normaux, la nécessité d'une aide médicale est claire.

Il est important de les distinguer de la délicatesse ou finesse de conscience dont font preuve beaucoup d'âmes. Dans ces cas, la personne remarque avec paix les défauts et fautes qui la font souffrir, mais par amour de Dieu. D'autres fois l'intéressé découvre une plus grande exigence de la grâce, ou que Dieu lui demande un don plus grand.

Quand un jeune dit qu'il a *des scrupules*, il peut s'agir simplement d'un problème de conscience mal formée ou d'un manque de sincérité. On ne mettra pas en doute ce qu'il dit, mais on l'aidera à se montrer plus précis au cas où il y aurait des questions à éclaircir. Il faut être délicat, ne pas brusquer ni accabler, pour que l'âme s'ouvre de part en part, avec vision surnaturelle, avec douleur d'amour.

Envers les scrupuleux, il convient d'employer d'abord les moyens surnaturels en priant pour qu'ils récupèrent la sérénité de leur conscience. Il faut ensuite leur expliquer le mécanisme psychologique qui peut faire naître les scrupules : *l'anxiété d'attente ou anticipatoire*. Il s'agit d'un cercle vicieux : peur de penser ou ressentir quelque chose → on ressent ou on pense plus intensément et de façon récurrente → la peur ou l'anxiété augmente → on pense ou ressent irrationnellement, bien qu'on ne le veuille pas. Ce phénomène s'arrête si on enlève aux sentiments de leur importance, si possible avec bonne humeur ; et si la personne comprend que ses pensées sont distinctes d'elle-même. Cela signifie prendre du recul face à ces images pour vaincre l'obsession. Dans la direction spirituelle, faisant appel à ses ressources morales, on peut lui dire par exemple : *Dieu est plus content de ton acceptation des doutes et de la possibilité de te tromper, que de ta certitude de ne pas l'avoir offensé*.

Ils doivent être convaincus que la joie et la paix des saints, leur tranquillité à toute épreuve, vient de Dieu : « si j'ai désespéré très souvent de moi-même, je n'ai jamais perdu confiance en sa miséricorde »³⁶. Il faut les aider à rire d'eux-mêmes, à éprouver de l'amour et non de la peur. La conscience bien formée conduit à vivre sereinement, en profitant aussi des occasions qui peuvent blesser l'âme, comme une image inconvenante, une affiche provocante, le mauvais exemple de personnages publics ou des autorités, pour penser au Seigneur et à la Vierge, pour prier davantage et de façon positive.

³⁶ SAINTE THERESE D'AVILA, *Vie écrite par elle-même*, ch. 9, dans *Œuvres complètes*, Seuil, Paris 1949, page 91.

Certains principes moraux doivent être rappelés. Par exemple, quand quelqu'un vit habituellement bien une vertu, s'il a des doutes sur le caractère véniel ou mortel d'un acte donné, il doit penser que c'était un péché véniel. En revanche, si généralement il ne la vit pas bien, le doute fera pencher dans l'autre sens. Ce qui intéresse une âme amoureuse est de n'offenser Dieu en rien et de rejeter aussi le péché véniel délibéré, mais la différence entre péché véniel et mortel est radicale. On peut insister sur le fait que les péchés véniels peuvent être pardonnés par un acte de contrition, l'utilisation d'eau bénite, la réception de la Communion, etc. ; et bien entendu avec la confession périodique ; mais qu'ils n'anticipent pas la confession, par scrupule, sauf dans la certitude d'avoir péché mortellement. Vouloir définir exactement le degré du péché, avec un pourcentage exact de bonté ou méchanceté, est une préoccupation typique des scrupuleux.

Il convient d'insister auprès d'eux sur l'amour de Dieu, qui nous cherche comme le meilleur des pères, et sur la filiation divine qui nous permet de répondre avec confiance à l'appel comme fils bien-aimés. Qu'ils comprennent bien, et apprennent à vivre conformément à elles, ce qu'est la vertu, la loi, la conscience, et surtout l'action du Saint-Esprit dans les âmes à travers la grâce et les sacrements ; et de manière pratique qu'ils comprennent qu'il y a de nombreuses façons d'être agréable à Dieu et que chacun a son chemin, en Jésus-Christ et guidé par l'Esprit-Saint, pour arriver à Lui.

En apportant une réponse à leurs préoccupations, il faut veiller à relativiser, avec soin, leurs problèmes, afin de les tranquilliser et de les encourager à retrouver la sérénité. Montrer de l'énergie et de la fermeté peut les aider, tout en leur demandant d'adhérer au critère qu'on leur donne. Il peut être opportun de leur expliquer comment mieux profiter du sacrement de la confession : qu'ils se limitent à exposer les faits, en se rappelant que c'est le prêtre qui est juge et non pas eux, que l'obéissance aux conseils du confesseur sera le moyen pour se former une conscience claire, et pour se voir délivrés de leurs scrupules.

Simplifier leur vie intérieure et les encourager à augmenter leur confiance en Dieu. Qu'ils apprennent à faire un examen de conscience simple, se limitant à peu de questions : c'est la lumière de Dieu qui compte, non l'introspection à laquelle ils sont inclinés. Il est bon qu'ils limitent les moments d'examen à des questions bien déterminées. Il faut les inviter à s'oublier eux-mêmes, à travailler abondant et à se préoccuper des autres, car c'est un moyen splendide, humain et surnaturel, et Dieu leur donnera la lumière comme prix de leur bonne volonté.

Bien que cela semble paradoxal, les scrupules diminuent quand on développe un sain sentiment de culpabilité, que la tendance actuelle cherche à éliminer. Autrement dit, quand on accepte la possibilité d'être coupable, avec toutes ses conséquences, comme celle de pouvoir demander pardon. Par ce chemin, les remords se transforment en repentir.

3.8 Troubles de la conduite alimentaire

Ils se caractérisent par des troubles du comportement pendant les repas, et par une perception déformée du poids et de l'image corporelle personnelle. A l'origine de ces symptômes, on trouve habituellement une perception négative de l'identité personnelle. Les causes sont génétiques, biologiques et psychologiques. Le perfectionnisme, le manque d'équilibre affectif, la peur, des histoires d'abus, un déficit émotif et cognitif, la dépression, l'anxiété et les troubles de la personnalité sont fréquents³⁷.

Les facteurs familiaux comme l'obésité d'un ou des deux parents, des conflits, ou une préoccupation excessive du poids, ont une influence. Les agents déclencheurs peuvent être la séparation des parents, le fait de devoir quitter temporairement la famille, une maladie physique, un accident ou une expérience traumatisante. Rappelons que l'obésité n'est pas une maladie psychiatrique, bien qu'elle puisse cacher une anxiété excessive ou un état d'humeur fluctuant. On trouve dans la conduite alimentaire deux troubles principaux :

Anorexie mentale : perception altérée de l'image corporelle et peur pathologique de l'obésité qui conduit à ne pas manger et à une diminution de poids qui met en grave danger la santé. Elle existe quasi exclusivement chez les femmes (95 %). Elle commence habituellement dans l'adolescence. Bien qu'anorexie signifie manque d'appétit, l'appétit n'est pas affecté sauf aux étapes les plus avancées. Fréquemment les personnes qui commencent par une anorexie finissent par présenter des symptômes isolés, ou une véritable boulimie.

Boulimie : elle se manifeste en épisodes récurrents, au moins deux fois par semaine, de repas compulsifs durant lesquels la personne consomme de grandes quantités de nourriture et se sent incapable d'arrêter de manger. Ensuite viennent des efforts compensatoires, pour éviter la prise de poids : vomissements provoqués, abus de diurétiques et de laxatifs, exercices physiques exagérés. Elle touche aussi principalement les femmes.

Il faut avoir recours au médecin si l'on soupçonne ce trouble chez quelqu'un. Le traitement inclut des méthodes de psychothérapie et des médicaments, surtout pour prévenir les rechutes et réduire l'anxiété ou la dépression. Du côté de la famille et de ceux qui s'occupent de ces malades, la patience est importante. On peut expliquer à ceux qui souffrent d'anorexie mentale le danger de leur attitude, et les assurer qu'ils amélioreront aussi la perception d'eux-mêmes en récupérant du poids. Dans la direction spirituelle il faut encourager la saine auto-estimation d'être fils de Dieu, en faisant ressortir tous les bons côtés de la personne. Les sujets d'intérêt et les goûts doivent écarter tout ce qui obsède,

³⁷ Une étude plus détaillée se trouve dans: PILAR GUAL, FRANCISCA LAHORTIGA RAMOS, *Trastornos de la conducta alimentaria*, dans *La salud mental y sus cuidados*, cit., pp. 407-413.

comme en d'autres situations identiques, c'est-à-dire qui faut éviter tout ce qui est en rapport avec l'alimentation et le poids. La boulimie se traite de la même façon.

3.9 *Troubles de la sexualité*

La sexualité comporte de nombreux troubles³⁸. L'activité sexuelle sans contrôle agit de façon addictive et, quand elle commence trop précocement, sans attendre l'âge normal du mariage, elle peut conduire à des troubles psychiques. Certains se focalisent démesurément sur la facette la plus physique et animale de la sexualité : beaucoup deviennent incapables de voir la relation entre la sexualité, l'amour ou le don, la procréation, etc. Certains l'assument de façon clairement pathologique et ne considèrent les autres que comme objet de plaisir.

De nombreux troubles sont simples et peuvent se régler en éclairant la conscience ou avec le conseil d'un médecin. La direction spirituelle sert à en connaître les implications morales, en donnant de la formation et en procurant de la tranquillité. Quand on soupçonne quelque chose de pathologique, avec prudence, il conviendra de suggérer une visite chez un spécialiste qui ait une idée adéquate de l'être humain et de sa sexualité.

Malheureusement, certains psychiatres conseillent une sexualité sans règles. S'ils conservent un minimum de sens commun, ils n'affirment pas que toute conduite sexuelle est normale, mais dans la pratique ils ne voient pas les limites.

Les principaux troubles psychiques de la sexualité sont des dysfonctionnements qui compromettent l'exercice de cette faculté : ils sont fréquents et peuvent avoir une origine physique ou organique ; beaucoup ont des traitements efficaces à mettre en œuvre en consultant des médecins experts. Il y a aussi le trouble d'identité du genre, ou ferme conviction d'appartenir au sexe opposé ; et les para-philies, où l'objet de l'appétit sexuel est inadéquat (par exemple la pédophilie).

La masturbation, sans être une maladie, peut indiquer un malaise psychique quand elle est utilisée pour combattre les émotions négatives, par exemple l'anxiété. Elle est parfois la manifestation d'un trouble obsessionnel. Les spécialistes admettent volontiers que ces actes laissent un sentiment de vide intérieur, y compris chez des personnes qui n'ont jamais entendu parler du sixième commandement du décalogue. Il ne faut pas affirmer que c'est quelque chose d'inoffensif ou d'indifférent. Étant un désordre, il engage la personne toute entière.

Dans la vie spirituelle, le désordre produit par la masturbation est grand. Le fait que ce soit une pratique répandue à des périodes comme l'adolescence ne signifie pas qu'elle soit saine. Les parents, éducateurs et directeurs spirituels doivent aider les jeunes à se former dans ces aspects et à lutter avec

³⁸ Cf. RICARDO ZAPATA, JORGE PLA, *Trastornos psicosexuales*, dans *La salud mental y sus cuidados*, cit., pp. 345-356.

sérénité, sans peurs ou accablements contreproductifs, sachant qu'il est possible de vaincre, avec la grâce de Dieu et les moyens habituels exposés dans d'autres chapitres. De cette façon, on obtient que la mauvaise habitude ne se transforme pas en un vice chaque fois plus difficile à éradiquer, y compris après le mariage.

L'activité homosexuelle n'est pas non plus considérée comme une maladie par beaucoup de psychiatres et il est évident qu'elle correspond quelquefois à un choix plus ou moins libre du sujet. Cependant, il y a des personnes qui de façon assez involontaire découvrent en elles-mêmes une tendance homosexuelle qui s'est formée en raison de circonstances liées à l'éducation familiale, à la vie pendant l'enfance ou l'adolescence ; beaucoup sont capables de la surmonter³⁹.

Comme l'affirme le Catéchisme de l'Église Catholique, l'ordre dans la vie morale exige que l'usage de la faculté sexuelle se déroule dans le cadre des relations conjugales normales, dans le « contexte d'un amour vrai »⁴⁰.

Une bonne anthropologie de la sexualité, mise en relation avec l'amour, est fondamentale pour prévenir et aider dans ces situations qui, fréquemment, reflètent un problème existentiel plus profond. L'éducation de la capacité d'aimer, au sein de la famille, posera les bases d'un sain développement. Le plaisir doit être considéré comme un effet et non une fin. Dans le cas contraire, on pourrait même en arriver à éliminer la satisfaction, y compris sensuelle. Le moment spécifique de l'expression de l'amour sexuel est le mariage : lui seul a les caractéristiques positives du don ; lui seul donne lieu à une relation spécifiquement humaine.

On doit prévenir les jeunes contre le risque, non seulement moral mais aussi pour la santé, d'une activité sexuelle précoce, comme le montre la psychologie : « le jeune qui entre prématurément dans une relation exclusivement sexuelle ne trouvera jamais le chemin qui conduit à la synthèse harmonieuse entre la sexualité et l'érotisme »⁴¹, il ne sortira pas de lui-même vers l'autre, ne sera pas en condition d'aimer vraiment. La stabilité d'un mariage futur est compromise, le développement d'autres aptitudes, les études, la profession ; et on augmente le risque de maladies psychiques et de celles transmises sexuellement.

Dans la direction spirituelle, devant des problèmes de ce type, il faut écouter, sachant qu'il peut en coûter davantage à la personne de parler, par honte. Le but est qu'elle apprenne à aimer, meilleure garantie d'une vie sexuelle digne de l'être humain. Si la thématique sexuelle vient toujours en premier, c'est que quelque chose ne va pas bien ; beaucoup d'autres intérêts, idéaux, valeurs, doivent venir

³⁹ Cf. JAVIER SCHLATTER NAVARRO, JUAN CARLOS GARCIA DE VICENTE, *Dificultades en la orientación sexual*, dans *La salud mental y sus cuidados*, cit., pp. 357-368.

⁴⁰ *Catéchisme de l'Église Catholique*, n. 2352.

⁴¹ VIKTOR FRANKL, *Psicoanálisis y existencialismo*, Fondo de Cultura Económica, México D.F., 1967, p. 209.

avant. Une personne aux comportements pervers et incontrôlés, contraires à la vertu de la chasteté, devra bénéficier d'une aide médicale ou psychologique.

Il faut toujours chercher la cause des difficultés récurrentes et y porter remède. Si la bonne volonté de l'intéressé est confirmée mais qu'il n'y arrive pas avec les conseils normaux, on devra en conclure que ses troubles sont maladifs. L'anxiété, la dépression, l'obsession, d'autres troubles de la personnalité, ou des traits comme le victimisme, contribuent à accentuer ces problèmes.

A un niveau plus général, une éducation bien faite doit conduire à la maturité des instincts, c'est-à-dire à leur intégration dans l'ensemble de la personnalité, dont la dimension naturelle porte à la transcendance. Il faut promouvoir l'intimité vraie : défendre le cadre intime à chaque personne, la pudeur et la modestie ; apprendre à se vêtir de manière appropriée aux circonstances familiales et sociales, par respect pour les autres et pour soi. Parfois, des tenues dénudées et provocantes reflètent l'insécurité et une faible estime de soi. On doit donner ces conseils sans laisser entendre qu'on se cantonne à de simples règles extérieures ou psychorigides. Il faut expliquer les raisons, chrétiennes et de caractère anthropologique plus général, pour lesquelles il convient de se comporter d'une façon déterminée, de manière à ce que chacun agisse avec une pleine liberté intérieure.

3.10 Alcoolisme et drogues

L'alcoolisme et la consommation de drogues sont des problèmes d'une grande importance sociale, qui ont augmenté de façon démesurée dans de nombreux pays, et qui touchent de plus en plus les jeunes. On ne peut être exhaustif sur un si vaste sujet qui inclut de multiples aspects⁴². Nous ne prétendons pas non plus parler de toutes les conditions morales de l'usage de l'alcool, usage qui peut être excessif et très préjudiciable, sans en arriver à une addiction proprement dite, ou être légitime et bon quand la consommation est modérée. La consommation de drogues, en revanche, n'est jamais acceptable moralement, car elle nuit à la santé psychique, physique et spirituelle même à faible dose : un véritable *usage récréatif* des drogues n'existe pas.

Nous nous centrerons sur la situation médicale de la *dépendance* à ces substances, fréquente avec l'alcool et les drogues, et qui est en relation avec d'autres maladies psychiques. Elle s'assimile au cadre obsessif-compulsif. La personne est peu capable, ou totalement incapable, de contrôler ses pulsions, ce qui finit par engendrer une coutume qui, procurant un certain plaisir, devient encore plus difficile à stopper, alors même que l'on a conscience du mal subi ou du risque encouru. Le plaisir peut être ressenti comme sensation psychique agréable : désinhibition, perceptions hallucinatoires, excitation de la sensualité, etc., oubli ou fuite des devoirs, préoccupations et responsabilités. Dans certains cas, l'essentiel est que les personnes qui consomment de la drogue se rendent compte que ce

⁴² Pour approfondir, cf. PEDRO ANTON FRUCTUOSO, *Conductas adictivas*, dans *La salud mental y sus cuidados*, cit., pp. 387-394 ; JOSE RAMON VARO, *Adicción al alcohol y a drogas*, dans *ibidem*, pp. 395-405.

dont elles ont tant envie leur est préjudiciable. Le rôle de la direction spirituelle est important, car elle ajoute des motifs surnaturels à la nécessité de rompre avec ce vice. La consommation d'alcool qui cause une dépendance est toujours un mal, car elle conduit à des maux physiques et moraux graves.

Ceux qui ont une dépendance pathologique ont besoin d'être entourés et beaucoup aidés. Il faut les encourager à découvrir les points négatifs de leur dépendance et ses traits de caractère préjudiciables. Quand ils se rendent compte que la drogue ou l'alcool, de même que d'autres caprices dangereux, ne sont pas une source de plaisir vrai mais un problème qui détruit l'autonomie, ils sont en condition de résoudre le problème. Les mécanismes psychiques sont similaires à d'autres conditionnements qui réduisent la liberté : obsessions de tout type, dépendance aux jeux (ludopathie), obsessions sexuelles, alimentaires, ainsi que des activités plus inoffensives qui diminuent l'autogouvernement, comme fumer (la possible immoralité du tabac n'est pas non plus dans son usage mais dans son abus), lire ou regarder Internet sans contrôle ni limites (appelé maintenant *Internet addiction disorder : IAD*), etc.

Un objectif important pour les alcooliques et les drogués, et autres personnes dépendantes, est de découvrir le sens de l'existence, de récupérer la confiance en la vie de chaque jour, en la possibilité de travailler, d'avoir des idéaux, d'être utiles. Pour que le traitement obtienne des résultats, ils doivent trouver des motivations fortes pour rompre avec un style de vie qui leur est préjudiciable. Une existence spirituelle riche, l'amour de Dieu, la beauté de la création si l'on regarde le Créateur et les autres, donnent des motifs valables.

Dans la direction spirituelle, en plus de conseiller l'assistance médicale, qui est indispensable s'il y a dépendance, il est opportun de mettre en lumière le mal moral, l'offense à Dieu que suppose l'usage des drogues ou d'un excès d'alcool ; et avertir qu'ils conduisent fréquemment à d'autres maux, comme le vol pour se procurer ces produits, les attentats à la vie des autres sous l'effet nocif de ces substances, des péchés contre diverses vertus, etc. Il est bon de parler des amitiés (et d'encourager, si c'est le cas, à quitter des milieux déterminés qui favorisent les rechutes) et de l'obligation morale d'éviter les occasions de péché⁴³.

Le soutien de la famille est décisif. En plus de les aider à reconnaître le problème, elle peut identifier les moments où le désir d'alcool ou de drogues se font plus pressants, et les soutenir alors tout particulièrement. Il s'agit habituellement de moments de solitude, fatigue, abattement, anxiété ou colère qui, si on les découvre à temps, permettent d'éviter des rechutes. Au sortir d'une dépendance pathologique, il faut rester attentif, pour éviter qu'ils reviennent à ce qui leur causait plaisir ou joie (à leurs *paradis artificiels*). Ceux qui sortent de la dépendance doivent avoir un emploi du temps bien rempli et trouver un sens à leur vie : travail stable, activités bénévoles, distractions en famille, avec les

⁴³ Cf. MIGUEL ÁNGEL MONGE, *Pastoral terapéutica*, dans *Medicina pastoral*, cit., pp. 449-477.

amis, service aux plus démunis. L'escalade que l'on observe concernant le phénomène des dépendances mauvaises est en relation avec la crise des valeurs de la société et de la culture, unis à un activisme frénétique, à la compétitivité exagérée et à la superficialité des relations sociales⁴⁴.

4. VOCATION ET SANTE

Il peut arriver que le directeur spirituel doive discerner si une personne, compte tenu de son état et de sa situation, est apte ou non à une vie spirituelle déterminée et à ses obligations concrètes, par exemple le célibat. Parfois, ce sera l'intéressé lui-même qui posera la question.

Nous verrons quelques généralités et autres éléments pratiques pour discerner cette aptitude, du point de vue de la santé. On ne doit cependant pas oublier que le plus important est la vie intérieure de celui qui a la fonction de guide spirituel, le recours à la prière, et que la grâce de Dieu aide à surmonter de grandes déficiences. Nous partons du présupposé chrétien que la personne humaine est capable de décisions définitives, de se donner pour toujours par amour, sans perdre en rien sa liberté⁴⁵.

4.1 Aspects généraux

Les exigences particulières d'un style de vie (politique, armée, art, sport, recherche, etc.) requièrent des conditions de santé adéquates aux circonstances. Si l'on n'en tient pas compte, la personne court le risque d'échouer ou de tomber malade, en tentant quelque chose qui dépasse ses capacités. Cela est aussi vrai lorsqu'on veut suivre une vocation chrétienne spécifique.

Pour les maladies physiques, les dilemmes pour déclarer l'aptitude sont faibles. Les problèmes de personnalité ou de santé psychique présentent davantage de difficultés, car souvent le diagnostic n'est pas évident. Il n'y a aucun test ou procédé de laboratoire qui permette d'affirmer avec certitude qu'une personne va bien.

En règle générale, une intelligence « normale », un équilibre affectif, et une absence de maladies psychiques ou physiques qui empêcheraient l'accomplissement des devoirs que l'on s'est prescrit, sont nécessaires pour suivre un chemin vocationnel chrétien conduisant à vivre de manière spécifique les exigences du Baptême. Logiquement, on l'a déjà dit, une personne atteinte de troubles de la symptomatologie peut tout à fait développer une profonde vie spirituelle, même s'il ne lui convient

⁴⁴ Cf. CONSEIL PONTIFICAL POUR LA PASTORALE DES SERVICES DE LA SANTE, *Charte des Personnels de la Santé*, cit. nn. 92-103.

⁴⁵ Il y a des idées erronées de la liberté selon lesquelles une décision définitive ou un engagement durable seraient impossibles. Cette façon de penser, conséquence logique pour ceux qui ne croient pas aux idéaux ou aux valeurs, a des répercussions négatives pour la vie spirituelle et la santé globale de la personne. Cf. JOSE ÁNGEL GARCIA CUADRADO, *Libertad y compromiso*, dans *La salud mental y sus cuidados*, cit., pp. 55-65.

pas de se charger de nouvelles responsabilités⁴⁶. De plus, il n'est pas exclu qu'avec le temps il puisse atteindre une meilleure stabilité ou surmonter définitivement son problème de santé ou de personnalité.

Au moment du discernement, il peut être utile de recourir à des experts, comme le conseille la Congrégation pour l'Éducation Catholique dans le cas des séminaristes⁴⁷ ; mais la responsabilité finale n'appartient pas à ces spécialistes externes. Celui qui a l'obligation de discerner doit connaître personnellement les candidats. Cette connaissance permet de garantir, humainement parlant, un niveau de certitude morale acceptable, si le temps de probation est suffisant.

4.2 *Quelques éléments pour le discernement vocationnel*

Afin de décider de l'aptitude d'une personne à un chemin vocationnel, il est nécessaire de prendre en considération des caractéristiques déterminées. Nous ne nous référerons pas à l'essentiel, que sont les conditions spirituelles, mais à une partie des exigences humaines que comporte la vocation : la santé psychique. En premier lieu, il faut déterminer si la personnalité de base est normale. Il faut évaluer les traits de personnalité dangereux dont nous avons parlé. Une émotivité exagérée, un sentimentalisme ou un volontarisme spécialement exacerbés doivent être pesés avec attention. Quand dans les affections, passions, idéaux, on ne laisse pas de place pour la raison ; quand tout paraît sentiment, tendance à agir par enthousiasme, le risque de frustration et de manque de persévérance est grand.

Le passé de quelqu'un, son histoire, a beaucoup d'importance car c'est le moment où il s'est formé en tant que personne. Dieu appelle ceux qu'il veut et il y a toujours, aujourd'hui comme dans l'Évangile, des vocations qui surgissent de milieux et situations contraires à la foi et aux bonnes mœurs. Cependant, un passé rempli de conflits ou de fautes morales, y compris surmontés, peut laisser une empreinte difficile à effacer et rendre très ardu ou impossible, de fait, certains engagements comme le célibat.

La persistance de comportements anormaux dans la sexualité peut manifester un déséquilibre psychologique et être le signe, pour cette même raison, qu'un candidat n'est pas apte à un chemin donné⁴⁸.

Toute personne ayant des difficultés excessives à vivre une certaine vertu ne peut être considérée comme un bon candidat s'il ne s'améliore pas. Un défaut persistant dans la vertu de

⁴⁶ Cf. MIGUEL ÁNGEL MONGE SANCHEZ, *Vida espiritual y enfermedad psíquica*, dans *La salud mental y sus cuidados*, cit., pp. 201-212.

⁴⁷ Cf. CONGREGATION POUR L'ÉDUCATION CATHOLIQUE, *Orientations pour l'utilisation de la psychologie dans l'admission et la formation des candidats au sacerdoce*, 29 juin 2008.

⁴⁸ Cf. CONGREGATION POUR L'ÉDUCATION CATHOLIQUE, *Instruction sur les critères de discernement de la vocation des personnes ayant des tendances homosexuelles, et de leur admission au séminaire ou aux ordres sacrés*, 4 novembre 2005.

chasteté peut refléter une immaturité ou une pathologie. Ceux qui veulent vivre le célibat apostolique comme don entier du cœur à Dieu et continuent à avoir de graves problèmes de pureté peuvent s'effondrer psychologiquement en constatant que leurs actes ne sont pas en accord avec le choix de vie qu'ils ont décidé de suivre. On pourrait affirmer la même chose d'une susceptibilité exagérée, d'une forte tendance à se comparer, d'une attention excessive à sa santé, à sa nourriture ou d'une difficulté notable dans la sincérité.

La maturité est fondamentale pour prendre des décisions définitives. Les carences peuvent être l'indice d'un retard dans le développement de la personnalité, des indices de maladies, ou de *simples défauts*. Certains défauts sont plus graves s'ils persistent après la sortie de l'enfance : ne jamais rien accepter, l'insatisfaction permanente, le sentiment d'être incompris, une sélectivité excessive dans les relations avec les autres, de multiples caprices, une constante obstination, un manque habituel de bon sens, une difficulté à programmer des activités et à se reposer, un recours constant au passé comme excuse, une susceptibilité morbide, de la jalousie, de l'envie, de la vanité, une attention excessive au qu'en dira-t-on, un attachement à des choses superficielles (mode, musique, etc.), une émotivité exagérée et des réactions disproportionnées, un accablement devant la vie ordinaire et les petites difficultés de la journée, une trop grande importance donnée aux idées ou aux corrections reçues, une difficulté à manifester l'intimité et des manques de sincérité, une distorsion de la réalité, un mauvais usage de l'argent ou du temps, le refus d'accepter d'être contrarié dans ses desseins, des variations fréquentes de l'humeur, une rigidité ou un manque notoires de flexibilité.

Le discernement vocationnel doit être évalué au cas par cas : il est difficile qu'une personne bonne mais immature, ou ayant de graves problèmes de personnalité, soit en condition de vivre le célibat. Avant qu'elle ne prenne cet engagement, on doit s'assurer qu'elle possède l'équilibre adéquat, y compris pour ne pas porter atteinte à un possible processus de progrès ou de guérison.

Les maladies psychiques marquées conditionnent négativement le jugement d'aptitude, spécialement la schizophrénie, les autres maladies psychotiques, le trouble bipolaire, la dépression endogène, le trouble obsessionnel-compulsif, la prise de drogues, etc. Les troubles de la personnalité rendent aussi la personne inapte, au moins tant qu'elle ne les a pas surmontés de manière stable, ce qui requiert des années. Le pronostic de ces tableaux cliniques, nous l'avons vu, est incertain et encore plus mauvais quand ils commencent très tôt.

Il est important de détecter ces cas et de connaître les antécédents familiaux, tout en sachant que ces derniers ne déterminent pas totalement la façon d'être. En général, il faut être particulièrement prudent quand les candidats sont très nerveux ou qu'ils manifestent des idées et des réactions qui ne sont pas normales. Quand on note des caractéristiques dangereuses, les antécédents familiaux ont plus de valeur.

Beaucoup de maladies psychiques se manifestent avant 25 ans, au moins par des éléments qui permettent de les soupçonner, mais les symptômes sont parfois plus tardifs. C'est pourquoi il vaut la peine de rappeler des traits qui prédisposent à la maladie : une timidité exagérée, des complexes ou des traumatismes, une insécurité excessive, une tendance à l'isolement, des phobies sociales ou autres, un manque de maîtrise de soi, des pensées obsédantes, des réactions compulsives ou impulsives, un perfectionnisme ainsi qu'un volontarisme excessif.

Quand il faut évaluer l'aptitude de quelqu'un, il est nécessaire d'avoir la certitude, au moins morale, de son aptitude à franchir le pas qu'il vise. Espérer une possible amélioration serait insuffisant. Il n'est pas bon non plus de maintenir longtemps quelqu'un dans une situation provisoire, sans prendre de décision, surtout si l'orientation définitive de sa vie est en jeu.

Nous considérons que le recours aux médecins ou psychologues dans la tâche de discernement doit rester exceptionnel. D'ordinaire, l'avis de ceux qui le connaissent et vivent avec le candidat est plus que suffisant. Cependant, une consultation peut être convenable quand, après un temps suffisant et une connaissance approfondie de la part de ceux qui sont chargés du discernement, il reste des doutes : *est-ce transitoire ? Telle habitude mauvaise pourra-t-elle changer avec un médicament et avec plus de temps ?* Naturellement, il faudra compter sur le consentement explicite du candidat et garder très présent à l'esprit l'obligation de secret de ces professionnels. L'information obtenue appartient au patient qui peut la communiquer à qui il veut.

Les tests psychologiques, bien que très utiles au médecin qui doit en peu de temps parvenir à un diagnostic précis, ne sont pas indispensables ni sûrs pour décider de l'aptitude. Habituellement ils sont réalisés sous forme de questionnaires. Si une altération de la personnalité est telle que les tests se montrent significativement mauvais, ou bien détectent des problèmes sérieux de personnalité, il est clair que les personnes responsables de la décision sur l'aptitude des candidats s'en seront déjà rendu compte : au fond, la preuve psychologique, c'est-à-dire le test, pourra tout au plus confirmer les données tirées du fait d'avoir vécu avec le candidat en question.

Ce texte serait incomplet si nous ne faisons pas référence à ceux qui, ayant pris un engagement définitif dans un chemin vocationnel, se rendraient compte qu'ils se trouvent dans les circonstances mentionnées ci-dessus : une maladie psychique est détectée ; difficultés dans la vertu de chasteté malgré leur engagement à vivre le célibat ; sérieuses failles de personnalité, etc. Ils pourraient se sentir enclins à conclure : *je n'étais pas apte, et voilà ce qui arrive*. La conclusion, avec une logique surnaturelle, qui ne diffère pas de la droite logique humaine, devra aller dans une autre direction : *Dieu, qui me connaît parfaitement, a voulu que je sois avec Lui là où je suis*. L'idéal de conserver sa vocation et de renouveler la réponse positive à l'appel peut leur servir à affronter plus fermement les problèmes et à réaffirmer le sens de leur vie, ce qui est toujours positif et favorable y compris pour leur santé. Dans la direction spirituelle, il faut les aider à réfléchir, à ne pas se hâter, à mettre tous les moyens pour

guérir et si nécessaire à aller voir le médecin⁴⁹. Avec la lumière du Saint-Esprit, avec l'opinion d'un prêtre expérimenté et d'un médecin prudent et bon chrétien, on pourra donner les conseils les plus appropriés à chaque cas. Quand passent les années, ceux qui se sont laissés guider par la Grâce, ceux qui se préoccupent de prier avant de penser, pour pouvoir ensuite agir, font avec sérénité l'expérience de ce que Dieu ne se trompe pas, à la différence des hommes.

CONCLUSION

En terminant ce chapitre, nous espérons qu'il sera plus clair pour chacun que la direction spirituelle, dans un climat ouvert, naturel, simple, affectueux et compréhensif, aide les malades à affronter surnaturellement leurs maladies ; et qu'elle est efficace pour prévenir certains symptômes, en améliorant le caractère et en promouvant des conduites de vie saines qui ont le Seigneur pour modèle.

Nous avons vu la valeur de la maladie physique et psychique aux yeux de Dieu ; nous avons mieux compris la relation entre les dimensions de l'être humain, et comment l'esprit est capable de *tirer vers le haut* tout l'organisme. Il faut soigner cet organisme, avec un travail ordonné, le repos, le sommeil, la bonne humeur, etc. pour qu'il puisse continuer longtemps à être un bon instrument ordonné à l'évangélisation.

Nous voudrions rappeler que le directeur spirituel doit savoir découvrir, ou au moins sentir, avec bon sens, que certains symptômes correspondent à une maladie et ne sont pas forcément le signe d'un manque de lutte, d'abandon, de paresse ou de tiédeur, etc., bien que les deux réalités puissent coexister. Il y a des anxiétés et des déséquilibres qui surgissent lorsqu'une personne ne veut pas couper ce qui l'éloigne de Dieu et qu'elle prétend, parfois sans s'en rendre compte, vivre une double vie, fusse au seul plan de la pensée.

Cependant, il faut avoir la prudence de ne pas attribuer trop vite à une maladie psychique certains comportements, qui entrent dans le cadre normal des obstacles que toute personne saine d'esprit rencontre dans la vie. Sa maturité personnelle dépendra en grande partie de sa capacité à les surmonter. On ne doit jamais mettre *d'étiquettes*⁵⁰. On doit toujours donner l'espérance d'une guérison, ou au moins de ce que certains traits préjudiciables du caractère pourront s'améliorer. Même si l'on ne peut pas éliminer complètement la maladie, on peut toujours modifier son attitude vis-à-vis d'elle : la voir avec plus d'optimisme, comme des fils de Dieu.

Tout chrétien, malade ou sain, doit s'efforcer, selon ses possibilités, de sortir de lui-même pour aller vers Dieu et vers les autres. Cette capacité s'appelle *auto-transcendance* ; elle est un signe de

⁴⁹ Voir ce qu'on a dit sur la façon d'affronter les troubles de l'humeur au paragraphe 3.5.

⁵⁰ Beaucoup de psychiatres préfèrent ne pas "caser" les malades dans une symptomatologie psychique car ils sont conscients de la grande variété des maladies et de leur complexité.

bonne santé spirituelle et psychique. La situation contraire, comme l'égoïsme, est très préjudiciable.

L'auto-transcendance est essentielle et exclusive au genre humain. Elle existe déjà chez les enfants et *pousse hors de soi* ; elle permet d'intégrer sur un plan supérieur, que nous pourrions appeler *personnel*, au-delà du « moi » psychique, les tendances naturelles et autres conditionnements. Saint Augustin dit que « les nourrissons sont bien plus démunis, dans l'usage et le mouvement de leurs membres, dans la faculté de saisir ou de repousser, que les petits même les plus faibles des autres animaux, comme si la force humaine s'élevait au-dessus des autres êtres animés avec d'autant plus de force qu'elle a plus longtemps retenu son essor, telle la flèche sur un arc tendu »⁵¹.

Dans la direction spirituelle on doit renforcer cette capacité. Que personne ne se centre trop sur son propre « moi », sur ses besoins ou ses difficultés, mais qu'il s'efforce de rendre la vie et le chemin du Ciel agréable aux autres. Il faut savoir profiter des tensions, de la douleur, de la maladie : la limitation se transformera en une force plus grande pour nous lancer en avant et au-dessus, comme la flèche. Jean-Paul II rappelle « qu'aucune valorisation adéquate de la nature de la personne, ou des besoins nécessaires à sa plénitude et à son bien-être psychique, ne peut être faite sans respecter la dimension spirituelle de l'homme et sa capacité d'auto-transcendance »⁵².

L'itinéraire d'une âme qui cherche à ressembler chaque jour davantage à Jésus-Christ, avec la grâce de l'Esprit-Saint, est un chemin de don serein et sacrifié ; c'est là la façon d'affronter sa propre maladie et celle des autres, par amour : « Mais nul ne vit de cet amour s'il ne se forme à l'école du Cœur du Christ. Ce n'est qu'en fixant notre regard sur le Cœur du Christ, et en le contemplant, que nous arriverons à libérer le nôtre de la haine et de l'indifférence : ce n'est qu'ainsi que nous saurons réagir d'une manière chrétienne aux souffrances et à la douleur d'autrui »⁵³.

© CRIS, 2011

© Wencesalo Vial, 2011

⁵¹ SAINT AUGUSTIN, *La cité de Dieu*, XIII, 3.

⁵² JEAN-PAUL II, *Discours aux membres de l'American Psychiatric Association*, 4 janvier 1993, dans *Insegnamenti* XVI, 1, pp. 13-15 (original en anglais).

⁵³ SAINT JOSEMARIA, *Quand le Christ passe*, n. 166.