

Abord du phénomène religieux dans la pratique psychiatrique

Antoine Devos, Pascale Abadie

DANS **L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE 2010/5 Volume 86**, PAGES 439 À 446
ÉDITIONS **JLE**

ISSN 0020-0204

DOI 10.1684/ipe.2010.0639

Date de mise en ligne : 15/11/2012

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2010-5-page-439?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour JLE.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

À PROPOS DE

Abord du phénomène religieux dans la pratique psychiatrique

Antoine Devos¹, Pascale Abadie²

RÉSUMÉ

L'abord du phénomène religieux dans la pathologie mentale est peu étudié dans la littérature et reste d'un abord difficile en pratique. La dimension religieuse est pourtant d'un intérêt majeur sur le plan diagnostique, thérapeutique ou pour la recherche. Il s'agira de circonscrire ce phénomène et de soulever ses différents points d'intrication avec la pathologie et la santé mentale, dans la recherche neuroscientifique ou dans les différentes approches thérapeutiques. Il s'agira donc de définir des points de repère mais aussi de comprendre quelle peut être notre résistance à l'abord de ce thème, cela afin de faciliter l'échange avec le patient, de favoriser son écoute et sa compréhension.

Mots clés : psychiatrie, religion, croyance, spiritualité, mysticisme, pathologie psychiatrique, neurosciences

ABSTRACT

The approach to religious phenomenon in psychiatric practice. The approach to religious phenomenon in mental pathologies is not often taken into account in medical articles and its practical approach remains difficult. However, the presence of religious aspects seems to be of great importance for diagnosis, therapy or research. We will assess this phenomenon and point out its various intricacies related to pathology and mental health in neuro-scientific research or different therapeutic fields. Landmarks will have to be defined and our reluctance to consider religious aspects will have to be dealt with in order to facilitate the relationship with patients and encourage better listening and understanding.

Key words: psychiatry, religion, belief, spirituality, mysticism, psychiatric disease, neuroscience

RESUMEN

Abordaje del fenómeno religioso en la práctica psiquiátrica. El abordaje del fenómeno religioso en la patología mental se encuentra poco estudiado en la literatura y sigue siendo difícil ante todo en la práctica. La dimensión religiosa sin embargo resulta interesantísima a nivel diagnóstico, terapéutico o para la investigación. Se tratará de acotar este fenómeno y plantear sus diferentes puntos de intrincación con la patología y la salud mental, en la investigación neurocientífica o los diferentes enfoques terapéuticos. Se tratará en consecuencia de definir unos jalones pero también de comprender cuál puede ser nuestra resistencia al abordar este tema, ello, con el fin de agilizar el intercambio con el paciente, estar más atento a él, comprenderlo mejor.

Palabras claves : psiquiatría, religión, creencia, espiritualidad, misticismo, patología psiquiátrica, neurociencias

¹ Assistant spécialiste régional, Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHRU, avenue Georges-Clemenceau, 14000 Caen, France <a.devos@sih-bessin.fr>; <devos-a@chu-caen.fr>

² Praticien hospitalier, Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHRU, avenue Georges-Clemenceau, 14000 Caen, France

Tirés à part : A. Devos

Introduction

La question de l'intrication de la religion et de la psychiatrie se pose régulièrement en pratique, et ce, à tous les stades de la prise en charge. Que ce soit dans le cadre d'une évaluation diagnostique, dans la constitution de l'alliance ou le travail thérapeutique, la dimension religieuse peut être présente et se révéler de façon très différente selon les situations. Elle est d'un intérêt évident tant sur le plan pratique, au vu de l'importance de ce thème dans les pathologies et des liens existants entre pratique religieuse et santé mentale, que sur le plan de la recherche fondamentale neuroscientifique. De fait, différentes approches de la dimension religieuse ont été élaborées, notamment celles relevant des courants cognitive et ethno-psychiatrique, afin de guider la démarche thérapeutique. Mais voilà, dire qu'il est important de considérer le thème religieux en psychiatrie, ce n'est pas seulement évident, c'est aussi insuffisant. Bien que ce constat soit largement partagé par tous les auteurs qui s'intéressent à la question, la littérature sur le sujet reste pauvre et l'abord en pratique difficile. Ce paradoxe met en évidence une possible résistance à la compréhension du thème religieux en psychiatrie. Un détour par l'histoire s'avère éclairant car il permet de soulever l'hypothèse selon laquelle ce thème est d'autant plus difficile à approcher que l'histoire de notre pratique scientifique y est mêlée et que, par ailleurs, son abord nécessiterait de remettre en question le pouvoir médical dans son rapport au savoir sur le patient. Approcher cette question nécessite donc de construire un appareil conceptuel complexe, seule garantie de voyage pour une rencontre authentique, sans risquer de tomber sur l'écueil de la confusion des domaines religieux et psychiatriques.

Définitions

Il convient tout d'abord de préciser certaines notions concernant le champ lexical de la religion. Ces définitions seront autant d'outils conceptuels qui peuvent aider à aborder la dimension religieuse en pratique. Koenig [18] a beaucoup travaillé sur ces questions et a cherché une définition aussi précise que possible de la spiritualité afin de démystifier son abord et qu'elle puisse être considérée comme un objet d'étude à part entière, que l'on pourrait mesurer [17]. Il caractérise la spiritualité selon cinq dimensions :

– la « croyance » qu'il existe un au-delà au monde matériel, que la vie ne se limite pas à lui. Dumont ajoute cette distinction selon laquelle la croyance correspond au concept de « croire que » (croire que Dieu est bon ou qu'il punit), alors que la foi suppose une confiance et une adhésion volontaire correspondant au « croire en », qui s'adresse à quelqu'un (croire en Dieu, croire en l'autre) ;

– la « pratique » religieuse comme la contemplation, la prière, la lecture, la réflexion. Ce sont aussi les actes et les rituels religieux partagés collectivement ;

– la « prise de conscience » (*awareness*) intellectuelle, émotionnelle, d'une dimension transcendante (qui dépasse l'homme et le monde) ;

– « l'expérience » spirituelle qui survient par surprise, de façon cachée, inattendue ou après une séance de réflexion, de contemplation, d'isolement, et qui introduit une modification de l'esprit, un changement de point de vue sur le monde, avec moins de préoccupations égocentrées.

Les extases mystiques font parties de ces expériences mais sont plus intenses et moins prolongées. Elles correspondent à une voie d'expérience radicale d'union et de fusion à celui en qui le sujet croit. Le mot religion recouvre l'ensemble des phénomènes religieux sus-cités. Il concerne donc un champ collectif d'expériences au contraire de l'expérience religieuse proprement dite qui concerne davantage l'individu. Koenig précise par ailleurs des critères qui n'entrent pas dans la définition de la spiritualité comme la source, qui peut être de toute origine, les effets sur l'individu, négatifs ou positifs, ou ce qui appartiendrait davantage à un système éthique.

Thème religieux et pathologie mentale

Il s'agit de décrire maintenant certaines pathologies en lien avec leur thématique religieuse. Pour cela, l'analyse des phénomènes pathologiques permet de percevoir ce que pourrait être le sens ou la fonction du ou des symptômes et leur rapport avec leur thématique dans l'économie psychique du sujet. Cette analyse se fait avec un certain niveau de généralisation mais elle montre l'importance et la fréquence du thème religieux dans son intrication à la pathologie mentale. Chez les personnes présentant des symptômes psychotiques, la toute puissance, l'échappement à l'interdit de la loi, la relation fusionnelle à Dieu ainsi que la culpabilité et le châtement éternel dans la mélancolie sont des problématiques centrales [19]. La thématique religieuse semble être « utilisée » par le patient afin de nourrir un besoin de cohérence interne et d'équilibre. Ainsi, si le délire est une tentative de reconstruction du sens d'une expérience vécue comme désorganisatrice, la thématique religieuse peut être considérée comme une confirmation de cette reconstruction. Chez les personnes souffrant de troubles obsessionnels, la thématique religieuse envahit les scrupules et la culpabilité. Les obsessions parasitent la pensée par des images pieuses, des idées à types de vœux, de crainte, d'interdictions, de commandements ; les obsessions et les compulsions, expression des formations réactionnelles, obligent le sujet à se retenir de réaliser des gestes injurieux et blasphémateurs dans un lieu de culte ; les rites obsessionnels et la pensée magique règlent la vie du sujet de manière inadaptée : des cérémonials absurdes s'ordonnent par

rapport à des valeurs et des tabous en une suite d'obligations, d'interdictions et de réglementations sacrées. Sur un autre registre symptomatique, l'histoire de la psychiatrie a rattaché les troubles hystériques aux troubles dissociatifs de mystiques comme sainte Thérèse d'Avila ou sainte Catherine de Gênes. En effet, les « états seconds » de dépersonnalisation et de déréalisation peuvent être associés à une production oniroïde visuelle, proche des extases mystiques souvent manifestées en présence d'autrui. Par ailleurs, les manifestations liées aux troubles de conversion avec déficits sensitifs ou sensoriels (cécité, surdité, hallucinations) correspondent en langage religieux aux visions, révélations et autres stigmates (marques corporelles du passage de Dieu). Ici, le langage religieux vient se superposer au langage médical et rend difficile une lecture psychopathologique « culturellement neutre ». D'autres personnalités religieuses (sainte Catherine de Sienne, Simone Weil) ont été décrites comme souffrant d'anorexie mentale. Le thème religieux de la pathologie se manifeste à travers l'idéal d'ascèse et de pureté. L'hyperinvestissement intellectuel et la recherche permanente d'un dépassement de soi et de ses limites pour atteindre un idéal d'absolu caractérisent ce trouble. Chez les personnes souffrant d'anorexie, la quête ascétique est ainsi justifiée et supportée par la pratique religieuse. Dans la dépression, la tristesse de l'humeur peut entraîner chez le sujet croyant une sensation de vide spirituel : sa relation à Dieu est altérée tout comme celle qu'il entretient avec son entourage. Ici, la pathologie se doit d'être distinguée des temps de « désolation spirituelle » que peut vivre le croyant pendant lesquels le vécu dépressif est rapporté uniquement et spécifiquement à la croyance en Dieu. C'est la généralisation et l'inexorabilité du sentiment de tristesse qui va avoir ici un caractère pathologique.

Expérience religieuse et santé mentale

Nombreux sont les auteurs qui ont tenté de mettre en évidence les liens existants entre la santé mentale et les expériences religieuses. L'équipe d'Huguelet en Suisse a particulièrement étudié cette question notamment pour la schizophrénie. Ils rapportent qu'il est pour eux fondamental de s'intéresser avec le patient à cette question car les effets de la spiritualité du patient sur l'évolution de sa pathologie sont loin d'être négligeables. Selon eux, la religion influence généralement favorablement l'image de soi, les symptômes, l'adaptation psychosociale, la toxicomanie, les tentatives de suicide et l'adhésion au traitement. Mais il se peut aussi que l'influence de la religion soit néfaste, ce qui renforce l'idée selon laquelle il est nécessaire de la prendre en considération. En ce qui concerne l'usage de drogues par exemple, un de leur dernier article [13] confirme que la religion joue un rôle positif dans la stabilisation des patients schizophrènes lorsqu'ils n'abusent plus de toxiques. Par rapport à la

dépendance à la nicotine, ils montrent qu'il y a plus de fumeurs que de non-fumeurs chez ceux qui ne sont pas affiliés à une religion. Pour les non-fumeurs, le support de la communauté religieuse est plus important et ils fréquentent davantage des groupes religieux que les fumeurs [4]. L'équipe suisse recommande ainsi l'usage d'une grille d'entretien [22] qui permet des entretiens semi-dirigés avec le patient évaluant ainsi l'importance de la religion et de ses effets sur sa pathologie. Pour eux, les médecins n'investiguent pas cette dimension par manque de formation et d'outils d'évaluation : intégrer la dimension spirituelle dans les soins est une évidence ; ce qui nécessite de pouvoir évaluer la façon dont la spiritualité influence la psychopathologie, l'adhésion au traitement, la qualité de vie et comment elle peut être utilisée comme ressource potentielle pour faire face à leur maladie. Certains auteurs comme Cloninger RC [5] vont même jusqu'à dire que des traits de personnalité se rapportant à la spiritualité comme la capacité à se contrôler, la possibilité de « faire avec » l'autre ou celle de réaliser des expériences spirituelles, sont essentielles pour être en bonne santé mentale. Ils ont ainsi mis au point des programmes de psychoéducation pour développer ces traits de personnalité qui sont autant de ressources face aux troubles psychiques.

Recherche neuroscientifique et spiritualité

Cet abord s'attache à rechercher les mécanismes neurobiologiques de fonctionnement et les effets de la croyance et des pratiques religieuses sur les cognitions et le comportement. Il est donc lié à l'abord cognitivo-comportemental décrit ci après. Les études réalisées dans ce domaine sont nombreuses mais souffrent de biais méthodologiques importants du fait d'échantillons de population faibles et d'objets d'études difficiles à définir. Un certain nombre d'études étudient des concepts comme la conscience de soi, la conscience du monde et la capacité à les différencier [6]. Ainsi, lors d'expériences de méditation, ont pu être étudiés des états particuliers de conscience proche d'un sentiment de dissolution du moi avec sensation d'éternité et d'infini comme celui que pouvait décrire Romain Rolland sous le terme de « sentiment océanique ». L'hypothèse de l'implication du système sérotoninergique et des lobes temporaux dans la genèse de ces expériences est soulevée : par exemple, chez des moines entraînés à la méditation, une étude utilisant l'EEG [20] montre qu'il existe une synchronie neuronale en rythme gamma en regard des lobes temporaux ce qui pourrait influencer les mécanismes d'intégration mnésiques. Newberg et d'Aquili [24] étudiant des sujets méditants en tomographie par émission de positons avec l'eau marquée retrouvent une diminution de l'activation des aires associatives impliquées

dans l'orientation temporo-spatiale. Pour ces auteurs, la perte des informations sensorielles ne permettrait plus la perception des limites de soi. Les aires de l'attention et du traitement des émotions dans le cortex préfrontal gauche seraient également mises en jeu, en relation avec le système limbique. Par ailleurs, l'observation clinique d'états mystiques chez des sujets atteints d'épilepsie suggère que les structures temporales profondes (amygdale et hippocampe) préférentiellement à droite seraient impliquées lors de crises infracliniques [27]. Une autre étude [26] s'est spécifiquement intéressée au délire mystique d'un cas de schizophrénie, en SPECT avec le HMPAO-Tc99m : elle montre une association entre le délire mystique et l'activation anormale du lobe temporal gauche ainsi que l'activité réduite des lobes occipitaux préférentiellement à gauche. Concernant le système sérotoninergique, une étude [3] trouve une corrélation inverse entre la densité de récepteurs de type 5HT1A au niveau du néo-cortex, de l'hippocampe et du raphé et le score de « self transcendence » incluant les notions de pratiques rituelles, d'expérience subjective et de conscience du monde. Par ailleurs le constat de similitudes entre les expériences religieuses mystiques et certains effets du D-Lysergic Diethylamide (LSD) a conduit à l'exploration d'un substratum biochimique commun : par son action sur les récepteurs sérotoninergiques, le LSD entraînerait une altération de la perception de soi et le système sérotoninergique ne jouerait plus son rôle de filtre laissant passer en excès les informations somato-sensorielles [11]. Le sujet vivrait alors une sensation de fusion entre lui et le monde extérieur.

Approches thérapeutiques et religion

Deux approches thérapeutiques peuvent être développées ici, qui témoignent de l'intérêt à porter à la dimension religieuse du patient, l'abord cognitiviste et ethno-psychiatrique. Les auteurs du courant cognitiviste défendent l'idée selon laquelle il est possible de distinguer, notamment grâce à des grilles d'entretiens semi-structurés, les croyances aidantes des croyances rigides et aliénantes. Ils défendent l'intérêt que représente la reconnaissance de l'impact de la religion sur l'évolution de la pathologie, mettant en évidence les écueils mais également les avantages et les ressources en matière de coping. Dans un de ses derniers articles [16], Koenig précise que bien qu'hier les croyances et les pratiques religieuses aient été liées à une approche diagnostique en lien avec l'hystérie, les névroses obsessionnelles et les délires, aujourd'hui une autre approche se fait jour. Celle-ci cherche à identifier les apports de la religion sur le plan du coping, comme une ressource psychologique éventuelle contre le stress. Les relations établies avec la dépression, les idées suicidaires, l'anxiété, la prise du traitement et les abus de toxiques sont claires mais si elles sont souvent intriquées, il est

parfois difficile de déterminer s'il s'agit d'une ressource ou d'un empêchement. Le thérapeute cognitiviste s'attachera donc à découvrir les croyances du patient en ayant pour objectif leur assouplissement ou leur renforcement selon qu'elles soutiennent ou empêchent l'issue thérapeutique. Ainsi, certaines croyances qui rendent plus difficile la prise en charge comme « Dieu me demande de tuer mon voisin pour sauver l'humanité », qui conduisent à une majoration de passage à l'acte, ou « Dieu contrôle ma pensée », qui renforcent le délire, ou encore « Dieu punit de la méchanceté », qui alimentent le sentiment de culpabilité et le vécu dépressif seront l'objet d'un travail d'assouplissement mental. Le travail thérapeutique va tenter de diminuer les distorsions cognitives qui perpétuent la symptomatologie du trouble et chercher à dégager une croyance principale puis à la discuter avec le patient afin de repérer les schémas cognitifs dysfonctionnels qui sous-tendent le système délirant. Par exemple, le temps d'une thérapie, la conviction délirante première relative à la croyance « Dieu agit directement en moi et autour de moi par magie » peut laisser place à « Dieu n'intervient pas directement mais peut en cas de besoin, se manifester à travers les êtres humains en les inspirant » [8]. Il s'agira aussi de renforcer positivement les actes et les croyances du patient qui le soutiennent. Les thérapies comportementales ont ainsi mis en place des techniques et des programmes de psychoéducation inspirés de la pratique religieuse. Par exemple, la méditation de type relaxation profonde pratiquée dans le bouddhisme a nourri la base des techniques thérapeutiques de relaxation. La méditation de type « Mindfulness », définie par le fait de porter son attention au moment présent sans jugement des stimuli internes et externes [1] est également intégrée aux programmes thérapeutiques : en témoignent la « Dialectical Behaviour Therapy » de Linehan dans la prise en charge de troubles graves de la personnalité avec comportements auto-agressifs majeurs et la « Mindfulness Based Cognitive Therapy » de Segal, pour la prévention des rechutes anxio-dépressives. Ces techniques visent à promouvoir la santé mentale en favorisant le développement de ressources qui peuvent lutter efficacement contre le stress.

L'ethnopsychiatrie se situe de façon radicalement différente par rapport à la question des croyances religieuses d'autrui. Celle-ci s'est développée en s'inspirant principalement de la théorie psychanalytique et anthropologique en lien avec la situation des migrants et leurs familles. Cette approche cherche à redonner leur sens aux croyances et aux pratiques des malades dans un cadre laïc. Elle s'appuie sur des postulats et des principes qui peuvent être tout à fait opérants dans la rencontre avec la dimension religieuse d'un patient. Les deux postulats sur lesquels cette pratique se base sont l'universalité psychique, c'est-à-dire l'unité fondamentale du psychisme humain qui donne le même statut éthique et scientifique à tous les êtres humains dans leurs productions psychiques et culturelles, et le fait que

tout homme a une culture, ce qui fonde son humanité et son universalité. Les principes sont le décentrage et le complémentarisme. Il s'agit en effet de se décentrer afin d'exercer une position critique qui puisse nous permettre d'analyser au mieux la situation clinique dans laquelle nous sommes plongés. Faire un pas de côté, prendre du recul nous permet de reconnaître comment notre culture traverse notre rencontre avec autrui, cela afin de tendre vers ce que Devereux appelle la « neutralité culturelle » par analogie à la « neutralité affective » [23]. Le complémentarisme repose sur le principe d'indéterminisme d'Heisenberg selon lequel il est impossible de déterminer en même temps la position et le moment de l'électron. Plus on cherche à déterminer la position de l'électron, plus grande est l'indétermination de son moment. Les deux discours psychanalytiques et anthropologiques concernant l'aliénation psychopathologique et sociale sont donc complémentaires, obligatoires mais non simultanés. Ce double discours devient un véritable outil de travail permettant une écoute de ce que le patient désire nous dire de son expérience religieuse. C'est aussi une condition indispensable pour nous permettre de nous situer et de reconnaître le processus pathologique en cours. Par ailleurs, sachant que le phénomène observé dépend de la position de l'observateur, les analyses du contre transfert et du contre transfert culturel sont nécessaires, afin de garantir l'éthique d'un travail qui tâche de ne pas disqualifier ou encourager les croyances du patient et de guider la démarche thérapeutique au plus près du sens que le patient donne à son expérience. Cette approche thérapeutique s'appuie sur la pensée d'un cadre, mettant en lien le cadre psychique interne et le cadre culturel externe ainsi que sur des processus formels comme l'analogie, utilisée comme moyen de restructuration et d'intégration des représentations des patients. Cette démarche consiste donc à mettre au travail les processus de symbolisation et de liaison de la personne souffrante afin que ce qui se vivait comme une coupure au niveau de l'histoire vécue, un impensable ou une contradiction insoluble puisse se lier et se penser. L'ethnopsychiatrie s'appuie également sur l'analyse phénoménologique dans la mesure où ses auteurs enseignent qu'il s'agit avant tout d'une attitude centrée sur l'analyse des phénomènes qui nous donnent accès au style du patient, défini par son rapport au temps, à l'espace et au monde via son corps. Les phénomènes ainsi perçus s'inscrivent dans une historiologie dans laquelle sont à la fois mêlés la signification et le sens existentiel. Tatossian [28] dit ainsi du phénomène qu'« indissolublement [il] comporte le constituant et le constitué, la manifestation externe et sa signification comme condition transcendantale de possibilité ». L'attitude critique de la psychiatrie phénoménologique permet de questionner ce temps particulier de la rencontre où les deux subjectivités sont tenues ensembles et inter-pénétrées afin de prendre en compte l'intersubjectivité. Ces points de repères permettent, avec la prudence qu'ils imposent, de distinguer certains éléments de différenciation

entre l'expérience mystique dite saine et l'expérience mystique dite pathologique en s'appuyant sur l'expérience clinique et la littérature mystique. Il s'avère que les signes présentés par les mystiques sont pour la plupart analogues aux symptômes des patients délirants mystiques ou toxicomanes, mais selon Wegroski l'expérience n'est pas vécue de manière analogue ; c'est-à-dire que les différences repérées concernent surtout la façon dont les expériences sont vécues et le contexte dans lesquelles elles se produisent. Des points communs peuvent ainsi être notés : la sensation d'unité indifférenciée (la différence sujet/objet transcendée), la perte des repères spatio-temporaux, l'indicibilité de l'expérience (le langage semble inadéquat) mais aussi la profonde conviction de vivre la réalité sont des phénomènes communs aux expériences mystiques qu'elles soient intriquées à la pathologie ou non. Les points essentiels caractérisant l'expérience pathologique seraient la rigidité, la stérilité et la répétitivité de l'expérience vécue. Les symptômes comme la culpabilité, l'angoisse, le repli autistique, décrits lors de l'expérience mystique pathologique sembleraient être des indices solides de différenciation. Mais ces points de repères sont à mettre en lien avec les données anamnestiques. En effet, le praticien peut, avec le patient, se demander si la croyance religieuse est le reflet de convictions antérieures, si la conviction est préalable mais remaniée par la pathologie ou si elle apparaît à l'occasion d'une décompensation [21]. Patients et thérapeutes pourront s'interroger sur l'influence des facteurs socio-environnementaux, de l'éducation transmise, des motivations personnelles. L'ensemble des informations recueillies permettront de mieux appréhender ce qui a été et ce qui est vécu par le patient dans les entrecroisements de son « histoire religieuse » et de « l'histoire de sa maladie ». Les données anamnestiques permettent ainsi de mieux discerner la limite fragile et floue entre les différents types d'expériences. Limite d'autant plus difficile à distinguer que l'expérience de la maladie confronte le patient à des questions existentielles comme la quête identitaire et la quête de sens. Nous voyons donc bien comment toutes ces questions se fondent sur l'intersubjectivité et comment se noue à travers elle un dialogue où chacun des interlocuteurs s'interroge, et c'est à travers cette rencontre que se travaille l'approche ethno-psychiatrique de la dimension religieuse. Ici se questionne la subjectivité du praticien pétrie de l'histoire de sa discipline, de sa culture de soin, de son expérience, dans sa rencontre avec la subjectivité du patient, son histoire, sa mémoire biographique et sa personnalité.

Histoire de la psychiatrie et religion, un détour nécessaire

Tous les auteurs défendent l'intérêt à porter au phénomène religieux, que ce soit pour le diagnostique, la

thérapeutique ou la recherche. Et pourtant, peu en pratique s'y consacrent et la littérature reste pauvre sur le sujet. Certains ont ainsi évalué l'intérêt que portaient les psychiatres à ce thème qui se révèle être faible et moindre que leurs collègues médecins [7]. Pour Huguélet, la religion est plus importante pour les patients ayant une psychose chronique et moindre chez les psychiatres que dans la population générale [14]. Il pense que c'est par manque de formation et d'outils d'évaluation. Les cliniciens sous-estiment et négligent ces questions avec leurs patients et même si les patients peuvent penser comme incompatibles le traitement et la religion ou au contraire s'y adosser, les psychiatres ne s'en préoccuperaient pas. La religion représente donc un statut particulier pour le psychiatre, un thème dérangeant, aussi peu traité que celui de la sexualité des patients, et d'un abord mystérieux... Il nous semble qu'une certaine résistance s'oppose à la découverte de la dimension religieuse en pratique clinique et qu'elle serait liée au fait que l'histoire de notre discipline soit intimement mêlée dans ses aspects diagnostiques et thérapeutiques à l'histoire de la religion. Dans cet entremêlement des histoires, la confusion est grande et le risque majeur de voir disparaître un domaine au profit de l'autre. Deux attitudes, qui sont comme les deux faces d'une même pièce peuvent alors se développer : refuser en bloc d'y porter un intérêt en prétextant qu'il ne s'agit pas de notre domaine de compétences, ou au contraire, s'engager dans la critique des croyances des patients, en les estimant bonnes ou mauvaises pour la conduite thérapeutique que nous valorisons, en ramenant l'irrationnel du religieux à une construction rationnelle, logique, et déterminée. D'un côté nous sommes traversés à notre insu par une dimension religieuse que nous ignorons mais dont nous sommes culturellement imprégnés, refusant d'aborder ce thème parce qu'il ne relève pas de notre domaine, mais dévalorisant les croyances et l'expérience du patient en les jugeant non dignes d'intérêt ; de l'autre, nous n'analysons pas plus la culture qui est nôtre et nous prenons position en s'intéressant aux croyances d'autrui afin de le guider selon la démarche thérapeutique qu'il nous semble être bonne. Nous voyons là qu'il est difficile mais pourtant essentiel de tenir une position médiane, qui articule rapprochement et distance. Cela n'est possible que dans la mesure où les domaines religieux et psychiatriques sont distincts, ce qui demande de définir des limites précises, conditions de validité scientifique et de critiquer notre héritage scientifique dans ses liens avec la religion. Notre hypothèse concernant la résistance que nous pouvons avoir à aborder ce thème consiste à penser qu'analyser notre rapport au domaine religieux nécessite de remettre en question notre pouvoir dans son rapport au savoir et demande à changer notre rapport au patient en passant d'un « pouvoir sur » à un « pouvoir avec ». L'idée selon laquelle la confusion des domaines religieux et psychiatriques permet de maintenir

un même rapport de pouvoir sur le patient est née de l'analyse critique de l'histoire. Celle-ci nous apprend que le passage du monde religieux au monde laïc n'est pas fondé sur une rupture des pratiques et des méthodes entreprises mais bien sur la continuité d'un même rapport au patient, induisant la définition des catégories diagnostiques et des démarches thérapeutiques dont nous sommes encore imprégnés aujourd'hui. J. Goldstein [10] a montré dans son ouvrage que la construction de la profession psychiatrique devait être comprise parallèlement au processus de sécularisation de la société française et évoque clairement la ligne de succession, et non de critique, qui existe entre le prêtre et l'aliéniste. La consolation et la classification ont ainsi été les deux faces d'un même positionnement face à l'objet étudié : on classe comme Linné l'a fait avec les espèces botaniques ; on console et on redresse les esprits déformés avec le traitement moral de Pinel comme l'ont fait les prêtres. Cette ligne de continuité s'observe tant au niveau des pratiques de la cure, individuelle et collective qu'au niveau diagnostique. De la naissance de la psychiatrie scientifique à aujourd'hui, le dialogue entre la religion et la psychiatrie ne s'est pas interrompu, il a pris des formes différentes selon les situations et rapports de force en jeu. Les considérer, c'est nous donner la possibilité de réinterroger nos pratiques : selon J. Goldstein, Pinel s'est inspiré des savoirs populaires et religieux pour édifier le traitement moral qui consistait à assujettir le malade à l'aliéniste : ce dernier devait être un homme qui, par ses qualités, était en mesure d'exercer sur le patient une domination totale afin de briser le cercle vicieux de ses idées [25]. Du fait de ces liens étroits et ambivalents avec la religion, les débuts de la médecine mentale se sont positionnés tout contre la religion, en s'y opposant et en s'y adossant. Mais si au départ l'essor de la psychiatrie est lié à un anticléricalisme, celui-ci se poursuit au cours du XIX^e siècle en se rapprochant de la religion et en liant de façon complémentaire les actes pratiqués par les prêtres et les médecins. De nombreux aliénistes ont alors recours aux pratiques religieuses soit par conviction, soit par pragmatisme [12]. Il n'y a pas eu de sécularisation uniforme et linéaire dans la construction de la profession d'aliéniste ce qui invite à penser qu'il y a bien progressivement un glissement du pouvoir passant du religieux à l'aliéniste dans le statut de directeur des âmes, et non un changement du positionnement vis-à-vis du sujet malade. À la fin du XIX^e siècle, un nouveau dialogue se fait jour et c'est à lumière des démonologues comme Charcot ou Janet [15] que l'on considère scientifiquement certaines extases mystiques, en les rapprochant de l'hystérie individuelle avec le cas de Madeleine Lebour ou collective comme pour les Ursulines de Loudun. Freud rapproche également les croyances et les pratiques religieuses de la névrose obsessionnelle. Au cours du XX^e siècle, les rapports prennent d'autres formes et l'on sait par exemple que le travail d'Henry Ey sur les hallucinations et la

conscience n'est pas étranger à sa culture catholique ou que celui de J. Lacan sur le Nom du Père doit à une culture théologique partagée avec son frère bénédictin. Depuis quelques décennies, les champs religieux et psychiatriques s'influencent encore différemment. La dimension rééducative des thérapies comportementales et cognitives renvoie par certains traits au projet d'adaptation sociale portée par le traitement moral et d'autres méthodes, comme celles évoquées plus haut sont largement influencées par le bouddhisme donnant lieu à un syncrétisme d'un nouveau genre. Nos pratiques d'aujourd'hui sont encore marquées par notre héritage religieux comme le donne à penser la pratique de l'aveu autobiographique dans les expertises ou celle de l'isolement thérapeutique. Cette dernière (justifiée pour contrer une pathologie qui vient du dehors et favoriser un recentrage) fut instituée comme soin par la loi de 1838 et n'est pas toujours critiquée dans ses fondements aujourd'hui alors même que des apports théoriques comme ceux de Winnicott [29] sur la capacité d'être seul amènerait à repenser ce qu'il en est de ses effets sur le psychisme du patient ou du moins à la justifier autrement qu'avec des arguments issus des savoirs religieux. Sur le plan diagnostique également, il existe une continuité évidente comme celle existant entre le vice et la pathologie : ainsi l'acédie monastique est à rapprocher de la dépression et l'orgueil de l'expansion mégalomane. De même le rapport entre la folie et la foi témoigne d'une difficile frontière pourtant essentielle à dessiner actuellement. Il y a eu une époque, au début de l'ère chrétienne, où des « fous de Dieu » prenaient le chemin du désert et étaient confrontés à des expériences éprouvantes. Certains abbés ont alors dû développer des savoirs qui leur permettaient de faire la distinction entre une expérience spirituelle intense et un trouble de l'esprit. Ils ont dû apprendre à considérer le rôle de la parole comme fonction thérapeutique et de développement, la place de la vie onirique comme signifiant de la santé mentale, et la nécessité de la prise en charge institutionnelle des troubles mentaux dans une structure spécifique. Ils ont ainsi appris à mettre en évidence le processus évolutif et interactif de l'aliénation par lequel chacun des vices tend à organiser la totalité de l'existence et donc de la personne, en faisant se confondre le « je pense » avec le « je suis » [9]. Il serait intéressant de reprendre ces savoirs religieux au vu de nos connaissances scientifiques actuelles afin d'enrichir notre pratique et sa nécessaire délimitation dans ce qu'elle a à considérer quant aux « fous de Dieu » du XXI^e siècle et au positionnement des églises en matière d'exorcisme par exemple [2]. Aujourd'hui, comprendre ces liens et ces intrusions nous permet de distinguer et délimiter notre champ par rapport à celui du religieux. Ces distinctions sont nécessaires pour entendre et comprendre l'expérience spirituelle du patient et nous invitent à un questionnement permanent face à l'expérience religieuse du patient et de façon plus générale, à la religion telle qu'elle est portée par ses instances.

Conclusion

Ce travail a cherché à donner un aperçu de nos connaissances sur le sujet ainsi qu'à comprendre ce qui résiste dans l'abord de ce thème en pratique. L'objectif de ce travail est donc de permettre d'échanger avec le patient sur le sujet mais aussi, et peut être même surtout, de se rendre disponible à entendre ce qu'il désire nous dire de son expérience religieuse. Cet objectif n'est atteignable qu'à la condition de reconnaître notre héritage scientifique et religieux et de le critiquer, opération qui permet à la fois la distinction des domaines religieux et psychiatriques et le repérage de notre rapport au savoir sur le patient. Interroger notre rapport à cette question, c'est se « tenir au bord », entre savoir et non-savoir, prêt à entendre la singularité et l'étrangeté de l'expérience de l'autre en étant aux prises avec elle, sans exercer d'emprise sur elle. C'est aussi affirmer l'importance de la reconnaissance des processus pathologiques afin de soutenir la personne confrontée à l'expérience de la souffrance psychique.

Références

1. Baer R. Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2003 ; 10 : 125-43.
2. Bartocci G, Eligi A. L'antinomie entre thaumaturgie religieuse et thérapies médicales. Le cas « catholicisme et psychiatrie » en Italie. *Évol Psychiatr* 2008 ; 73.
3. Borg J, Andree B, Soderstrom H, Farde L. The serotonin system and spiritual experiences. *Am J Psychiatry* 2003 ; 160 : 1965-9.
4. Borrás L, Mohr S, Brandt PY, Gillieron C, Eytan A, Huguélet P. Influence of spirituality and religiousness on smoking among patients with schizophrenia or schizo-affective disorder in Switzerland. *Int J Soc Psychiatry* 2008 ; 54 : 539-49.
5. Cloninger CR. The science of well-being: an integrated approach to mental health and its disorders. *World Psychiatry* 2006 ; 5 : 71-6.
6. Crossley D. Religious experience within mental illness. Opening the door on research. *Br J Psychiatry* 1995 ; 166 : 284-6.
7. Curlin FA, Lawrence RE, Odell S, Chin MH, Lantos JD, Koenig HG, *et al.* Religion, spirituality, and medicine: psychiatrists' and other physicians' differing observations, interpretations, and clinical approaches. *Am J Psychiatry* 2007 ; 164 : 1825-31.
8. Etienne-Novovitch C. Thérapie cognitive d'un délire mystique chez une patiente schizophrène, selon le modèle A-B-C d'Ellis. *RFCC* 1997 ; 2 : 10-5.
9. Gianfrancesco A. Monachisme ancien et psychopathologie. *Évol Psychiatr* 2008 ; 73 : 105-26.
10. Goldstein J. *Consoler et classier : l'essor de la psychiatrie française*. Le Plessis-Robinson : Institut Synthélabo, « Les Empêcheurs de penser en rond », 1997.

11. Goodman N. The serotonergic system and mysticism: could LSD and the nondrug-induced mystical experience share common neural mechanisms? *J Psychoactive Drugs* 2002 ; 34 : 263-72.
12. Guillemain H. Le prêtre et l'aliéniste autour d'une scène de la psychiatrie au XIX^e siècle : la bénédiction de la chapelle de l'asile de Quatre-Mares. *Évol Psychiatr* 2008 ; 7 : 3-14.
13. Huguelet P, Borrás L, Gillieron C, Brandt PY, Mohr S. Influence of spirituality and religiousness on substance misuse in patients with schizophrenia or schizo-affective disorder. *Subst Use Misuse* 2009 ; 44 : 502-13.
14. Huguelet P, Mohr S, Borrás L, Gillieron C, Brandt PY. Spirituality and religious practices among outpatients with schizophrenia and their clinicians. *Psychiatr Serv* 2006 ; 57 : 366-72.
15. Janet P. *De l'angoisse à l'extase*. Paris : Alcan, 1926. Société Pierre Janet et CNRS. Paris : Payot, 1975.
16. Koenig HG. Research on religion, spirituality, and mental health. *Can J Psychiatry* 2009 ; 54 : 283-91.
17. Koenig HG. Concerns about measuring « spirituality » in research. *J Nerv Ment Dis* 2008 ; 196 : 349-55.
18. King MB, Koenig HG. *BMC Health Services Research* 2009 ; 9 : 116.
19. Leguay D. « Psychiatrie et Religion ». In : *Encycl Méd Chir* (Paris). Psychiatrie, 37-888-A-10, 2001, 6 p.
20. Lutz A, Greischar LL, Rawlings NB, Ricard M, Davidson RJ. Long-term meditators self-induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice. *Proc Natl Acad Sci USA* 2004 ; 101 : 16369-73.
21. Marchais P, Randrup A. Spiritual themes in mental pathology. Methodical approach. *Ann Med Psychol* 1994 ; 152 : 541-5 (discussion 545-6).
22. Mohr S, Borrás L, Gillieron C, Brandt PY, Huguelet P. Spirituality, religious practices and schizophrenia: relevance for the clinician. *Rev Med Suisse* 2006 ; 20 ; 2 : 2092-4 et 2096-8.
23. Moro MR, Baubet T. *Psychiatrie et migration*. Paris : Masson, 2003.
24. Newberg A, D'Aquili, Rause V. *Why God Wont Go Away*. New York : Ballantine Books, 2001.
25. Pinel P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. Paris : Brosson, 1809.
26. Puri BK, Lekh SK, Nijran KS, Bagary MS, Richardson AJ. SPECT neuroimaging in schizophrenia with religious delusions. *Int J Psychophysiol* 2001 ; 40 : 143-8.
27. Saver JL, Rabin J. The neural substrates of religious experience. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1997 ; 9 : 498-510.
28. Tatossian A. *Culture et psychopathologie. Un point de vue phénoménologique (1992)*. Paris : ETIM, 1997.
29. Winnicott DW. « La capacité d'être seul ». In : *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, p. 205-213.