

TROUBLES DE COMPORTEMENT ET DE PERSONNALITÉ EN MILIEUX COMMUNAUTAIRES DES CONSACRÉS À KINSHASA.

Étude de cas.

par

Lucie MANDEKE NGAKIKUNA

Chef de Travaux

MAHUNDA NZENDO LUBAMBA

Professeur,

*(Tous) Faculté de Psychologie et Sciences de l'Éducation,
Université de Kinshasa*

Résumé

Dans cette recherche qualitative, nous avons abordé six (6) études de cas, compte tenu de leur richesse scientifique. Il s'agit de 3 religieuses, 2 religieux et 1 abbé diocésain. Dans la perspective diagnostique, nous avons abordé trois thèmes sur l'existence, les manifestations et l'étiologie des troubles de comportement et de personnalité dans les milieux communautaires des consacrés.

Nous n'avons retenu comme critères d'inclusion de ces six cas que les consacrés malades parmi tant d'autres. Pour des raisons d'éthique et de déontologie professionnelle, nous avons donné à chaque cas un pseudonyme. Il s'agit de : Cas de Mampasi : Instabilité affective ; Cas Mawa : Insécurité mentale ; Cas Bidilu ; deuil pathologique ; Cas Kimpumbulu : multivocation ; Cas Kitisa : bouche-trou ; Cas Kinua : toxicomane.

Les diagnostics différentiels de six études de cas ont confirmé sans généraliser l'existence de ces troubles de comportement et de personnalité à travers leurs manifestations dans les milieux communautaires des consacrés. L'existence de ces troubles est d'une part liée par des caractéristiques rigoureuses de ces milieux communautaires et d'autre part liée aux consacrés eux-mêmes. Cette approche clinique a mis en évidence quelques profils de personnalité de chaque sujet enquêté.

Mots-clés : *Troubles de comportement, troubles de personnalité et milieux communautaires des consacrés*

Abstract

In this qualitative research, we addressed six (6) case studies, given their scientific richness. These are 3 nuns, 2 religious and 1 diocesan abbot. From a diagnostic perspective, we addressed three themes on the existence, manifestations and etiology of behavioral personality disorders in the community environments of consecrated persons.

We have retained as inclusion criteria for these six cases that sick consecrated among many others. For reasons of ethics and professional deontology, we have given each case a pseudonym. These are : Mampasi case : Emotional instability ; Mawa case : Mental insecurity ; Bidilu case : pathological mourning ; Kimpumbulu case : multivocation ; Kitisa case : stopgap ; Kinua case : drug addict.

The differential diagnoses of six cases studies confirmed without generalizing the existence of these behavioral and personality disorders through their manifestations in the community environments of the consecrated. The existence of these disorders is on the one hand linked by rigorous characteristics of these community environments and on the other hand linked to the consecrated themselves. This clinical approach highlighted some personality profiles of each subject.

Keywords : *Behavioral disorders, personality disorders and consecrated community environments.*

INTRODUCTION

La famille est le premier milieu communautaire. Dans ce milieu, les adultes et les enfants sont victimes des troubles de comportement et de personnalité. Les enfants seraient victimes, car, les frustrations d'ordre psychoaffectif, économique et social rendent la jeunesse de plus en plus vulnérable. La psychopathologie familiale entraîne le trouble de comportement et de personnalité chez les parents, les divorces, et la délinquance des enfants. Il s'en suit entre autres la dislocation familiale, des couples brisés, la délinquance sexuelle des conjoints, des célibataires, cela fragilise la santé mentale des enfants.

Mandeke Ngakikuna (2006) a observé lors de son investigation dans les milieux communautaires, au moins 20 cas des consacrés qui étaient renvoyés en famille dont 10 religieuses, 8 religieux et 2 abbés pour réflexion et exclaustation alors qu'ils étaient en proie à des difficultés existentielles ou à des problèmes de santé mentale.

Nous avons constaté également, que parmi «ces consacrés marginalisés», certains monologuent seuls, vivant dans l'isolement au sein de leurs communautés, abandonnés à leur triste sort. Les vieillards déçus, découragés, incompris, souffrent de victimisation, des injustices, de rejet, bref, ils connaissent le mal être.

Historiquement, il a été constaté que, vers les années 1994-1999, il y a eu divers cas de suicides dans les diocèses de Bandundu : deux abbés, un religieux, une religieuse, d'une novice par pendaison, une autre religieuse par noyade et une postulante par brûlure. Certainement, qu'il y a d'autres cas de suicide dans d'autres diocèses de la République Démocratique du Congo et qui ne sont pas déclarés (Mandeke Ngakikuna, 2006).

Dans les milieux communautaires des consacrés, nous avons observé les phénomènes tels que les vols répétés, les détournements de fonds de la communauté, les endettements répétés de certains consacrés ; les consacrés accusés de mener une vie double (la débauche, l'homosexualité, la pédophilie) ; certains prêtres vivent « le mariage extra communautaire » et cela dans divers diocèses et paroisses, à travers le pays en général et à Kinshasa en particulier.

Devant ces faits observés notre problématique se résume dans la préoccupation principale suivante : Existe-t-il un rapport entre les troubles de comportement et de personnalité des consacrés et les caractéristiques des milieux communautaires à Kinshasa ? Au titre des questions secondaires, nous retenons les questions suivantes : existe-t-il des caractéristiques de milieux communautaires qui génèrent les troubles de comportement et de personnalité ? Quelles sont les pathologies induites par ces milieux de consacrés ?

Partant de ces préoccupations, nous estimons qu'il existerait un lien entre les troubles de comportement et de personnalité et les milieux communautaires des consacrés. Aussi il existerait des caractéristiques des milieux communautaires des consacrés telles que : la discipline, l'ordre, la hiérarchie, le respect des vœux et leur stricte observance qui génèrent les troubles de comportement et de personnalité chez certains consacrés psychologiquement vulnérables ou déjà fragilisés. Ces pathologies induites seraient les névroses, les psychoses ainsi que les comportements inadaptés.

L'objectif de cette étude est de déterminer les facteurs de risque et les facteurs déclenchants des TCP et le rapport ou lien entre les caractéristiques de ces milieux communautaires de consacrés et les troubles de comportement et de personnalité (TCP) observés chez certains consacrés en milieux communautaires. Cette introduction qui se s'achève ouvre les cinq points soldés par une conclusion. Le premier traite de l'approche conceptuelle, le deuxième présente les aspects théoriques, le troisième expose la méthodologie de recherche suivie, le quatrième dégage les résultats de tous les cas observés et cinquième et dernier point, analyse et interprète ces résultats. Une brève conclusion en met un terme.

I. APPROCHE CONCEPTUELLE

Notre étude se fonde sur les concepts suivants : le comportement, le trouble de comportement, la personnalité et le trouble de personnalité.

1.1. Comportement et trouble de comportement

Le comportement selon (Jankelevitch, 1960 ; Ngub'Usim Mpey Nka, 2013 ; Ouimet, 2018) est comme un ensemble des réactions observables chez un individu placé dans son milieu de vie et dans des circonstances données, c'est-à-dire la manière d'être, d'agir, ou de réagir des êtres humains, d'un groupe des animaux ; c'est aussi une adaptation ou une somme d'adaptations, de préadaptations ou d'ajustements, innées et /ou spécifiques, que l'individu, durant le cours de sa vie personnelle, monte en riposte aux conditions changeantes de son milieu.

La classification du DSM-IV (1994) comporte dix-sept catégories de troubles de comportement. Il s'agit des troubles liés à une substance, notamment, les troubles liés à l'alcool, des troubles de l'humeur, troubles dépressifs, troubles bipolaires, troubles anxieux (névroses), des troubles de l'identité sexuelle, des troubles de l'adaptation, des troubles de la personnalité, le deuil pathologique, la toxicomanie et autres.

Les troubles du comportement couvrent une vaste quantité de conduites qui font l'objet d'une réprobation sociale. Dans les milieux consacrés, le trouble de comportement a une définition assez large. On propose une logique globalisante de la personne. Est déclaré comme ayant un trouble de comportement, un individu qui présente plusieurs difficultés relationnelles et qui a de la difficulté à respecter les vœux prononcés devant Dieu et les hommes. L'accent est donc mis sur la personne dans sa globalité et non sur ses arguments seuls (conduites dérangeantes ou inadaptées).

1.2. Personnalité et trouble de personnalité

La personnalité est une organisation dynamique dans l'individu (Hubert, 1983). Des systèmes psychologiques qui déterminent ses adaptations uniques à son milieu. Nous soulignons ses adaptations uniques à l'environnement qui peut être mental ou physique.

Les troubles de personnalité se caractérisent par des patterns mal adaptés et durables dans la façon de penser, de sentir et de se comporter, patterns qui sont fondamentaux dans la personnalité de l'individu et qui mènent à des perturbations chroniques dans le fonctionnement interpersonnel et professionnel, (DSM-5, 2015).

1.2.1. Personnalité pathologique ou morbide

La personnalité morbide est considérée comme une personnalité pathologique au sens plein de ce terme, et qui se traduit par l'incongruence, la désorganisation, la déstructuration, le trouble ou la perte de l'identité propre, perte de l'unicité, et par une incapacité plus ou moins grave d'intégration de l'ensemble des caractéristiques propres de l'individu (intelligence, mémoire, caractère, volonté et tempérament).

1.2.2. Personnalité multiple

Bloch et coll. (2002) considère la personnalité multiple comme un trouble de la personnalité par une existence chez une même personne deux ou plusieurs personnalités distinctes dont chacune prend tour à tour le contrôle de comportement du sujet. Cette définition rejoint notre étude dans la mesure où il y a des cas consacrés souffrant de ces troubles de la personnalité.

II. THÉORIES EXPLICATIVES DES TROUBLES DE COMPORTEMENT ET DE PERSONNALITÉ

Une théorie est un modèle d'explication d'un phénomène basé sur les faits observables et mesurables. Ce modèle cherche à expliquer les liens observés entre des variables au moyen d'hypothèses et vérifier ces prédictions. Un modèle théorique a une portée plus générale et sert à encrer une théorie qui sera testée à l'aide d'une étude.

2.1. Théorie psychanalytique

La perspective psychanalytique met l'accent sur l'inconscient, la théorie des pulsions, la sexualité, les expériences vécues dans la première enfance, sur le surmoi fort et faible pour expliquer les facteurs de risque de trouble de personnalité et du comportement (Freud, 1905).

2.2. Théorie Cognitivo-comportementale

Les théories cognitivo-béhavioristes se centrent sur l'apprentissage défectueux des réactions d'anxiété et sur les patterns cognitifs dysfonctionnels qui leur donnent naissance et les entretiennent. D'un point de vue behavioriste, l'anxiété pathologique, tout comme l'anxiété normale, apparaissent, de façon caractéristique, par conditionnement classique. Les cognitivistes ajoutent que les déformations négatives dans la manière de penser et des faibles attentes d'auto-efficacité contribuent à faire naître et entretenir les troubles de l'anxiété. L'anxiété comme la dépression conduit les personnes à voir les choses sous un aspect négatif (Cottraux, 2004 ; Beck et al., 1979)

Widlöcher et al. (2006) comme la plupart des théoriciens de l'apprentissage sont unanimes en ce que beaucoup de nos comportements, de nos styles de pensée, de nos modes de réactions émotionnelles nous ont été appris par l'observation de comportement de nos parents ou de nos proches, par l'intégration consciente et inconsciente des messages éducatifs, eux-mêmes explicites ou implicites, par des événements de vie, etc. Les comportementalistes postulent que nos attitudes et comportements y compris les troubles de comportement sont les résultats d'un mélange des tendances innées, d'influences de l'environnement, mais aussi d'apprentissage de vie, conscients et inconscients.

2.3. La théorie de la frustration

Elle permet d'expliquer la psychopathologie en ce sens que la personne frustrée qui avait un traumatisme, une injustice, une victimisation ou une humiliation de la part d'une personne ayant certaines caractéristiques (autorité, parents) pourra manifester certains syndromes psychiatriques (Rosenzweig, 1944).

La maladie mentale est une condition médicale qui cause la souffrance chez la personne qui en est atteinte et/ou qui nuit à sa capacité de mener une vie normale. Les causes des maladies mentales sont variées et encore mal connues, certains ont une origine génétique ou biologique plus évidente que d'autres (Bonnet et Fernandez, 2017).

2.4. L'autocontrôle (self-control ou self-regulation)

C'est la capacité pour une personne de contrôler ses émotions, son comportement de manière à répondre aux exigences de la vie en société. L'autocontrôle est nécessaire à la vie en société et tous les citoyens font preuve d'autocontrôle. Le faible autocontrôle amène des liens tendus avec les autres membres de la communauté, des difficultés ou des problèmes existentiels ; les troubles de comportement et de personnalité (Cottraux, 2004).

III. METHODOLOGIE

Le milieu de recherche est l'Archidiocèse de Kinshasa. Nous avons mené notre investigation auprès des consacrés (abbés, religieux et religieuses) basés dans 5 communes de l'Archidiocèse de Kinshasa, à savoir : Gombe, Kintambo, Lemba, Limete et Mont Ngafula. Le choix de ces 5 communes se justifie par le fait que sur 30 sujets qui se sont présentés au Centre d'Ecoute et d'Entraide des Consacrés en sigle CEEC (où nous prestons comme psychothérapeute) pour l'accompagnement psychologique, 6 sujets ont manifesté dans le diagnostic, des troubles de comportement et de personnalité qui ont constitué l'échantillon de cette étude.

La population de celle-ci est constituée des prêtres, des religieux et religieuses de l'Archidiocèse de Kinshasa. Au total, 30 consacrés dont 6 Abbés, 10 religieux et 14 religieuses. Pour les aspects cliniques, nous avons retenu ces sujets selon les critères suivants : Être abbé, religieuse, religieux vivant en communauté dans l'Archidiocèse de Kinshasa ayant présenté des troubles de comportement et de personnalité léger ou sévère au centre CEEC.

Concernant l'échantillonnage, nous avons fait recours à l'échantillon par cas multiple. Miles et Huberman (2003) soulignent que l'échantillonnage par cas multiple se fait souvent par étapes multiples (par vague) : l'analyse des données recueillies durant une première vague peut faire apparaître des nouveaux phénomènes qui requièrent une investigation et donc un nouvel échantillonnage. Les chercheurs qualitatifs travaillent habituellement avec des petits échantillons de personnes, nichés dans leur contexte et étudiés en profondeur.

Pour la collecte des données, nous avons utilisé l'entretien clinique et les tests projectifs pour obtenir le profil de personnalité.

3.1. Entretien clinique

Dans la recherche sur les troubles de comportement et de personnalité, l'entretien psychologique est opérationnalisé par le questionnaire -guide d'entretiens psychologiques qui est, selon Fernandez et Catteuw (2001), un ensemble organisé des fonctions d'opérateurs et d'indicateurs qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interview. Cet outil d'entretien est un schéma à suivre par le psychologue qui s'entretient avec un sujet en vue d'obtenir des informations nécessaires pour concrétiser son étude.

Dans cette étude, nous avons réalisé des entretiens cliniques de recherche auprès des consacrés pris individuellement sur base d'un guide d'entretien semi-structuré. Dans ces entretiens, nous avons mis un accent particulier sur l'état de santé mentale, avant et après l'entrée dans la vie consacrée et sacerdotale ainsi que sur le vécu du milieu communautaire chez les sujets.

Le questionnaire guide d'entretiens psychologiques a exploité six thèmes entre autres : les renseignements individuels, les renseignements sur les troubles de comportement et de personnalité, les renseignements sur la motivation à la vie consacrée, les renseignements sur la vocation religieuse et sacerdotale, sur le niveau d'études et les ambitions sociales des sujets.

Nous avons respecté les préoccupations éthiques et déontologiques selon Gabbard (2000) en ce qui concerne le respect de la personne, le cadre institutionnel des soins, le dispositif thérapeutique et le respect du consentement éclairé.

Nos entretiens psychologiques ont été sereins plein de confiance, de respect, plein de cordialité, de compréhension et compte tenu de la délicatesse de la problématique abordée, nous avons insisté sur la liberté, la confidentialité des informations reçues. Les informations obtenues des entretiens ont été complétées par celles obtenues par les résultats des tests projectifs.

Epreuves projectives : TA, TB, TD₄ pour profil de personnalité

Pour l'étude des cas, nous avons combiné les résultats de trois tests projectifs de type « papier-crayon », notamment le test de dessin de l'arbre de Koch (Moor et Fernandez, 2005), le test de dessin de personnage de Goodenough (Goodenough, 1926 ; Moor 1969) et le test à quatre éléments de Moor. L (Moor, 1969).

3.2. Procédure d'analyse des données

Nous avons procédé à l'analyse de contenu des discours des sujets pour comprendre les facteurs de risques de leur pathologie. Nous avons fait une interprétation des données pour les 6 cas étudiés en fonction des différentes théories psychologiques.

IV. RÉSULTATS DES DONNÉES CLINIQUES OU ÉTUDE DE CAS

Nous avons eu à analyser 6 cas : dont 3 sujets masculin et 3 sujets féminin. Cette approche clinique inductive a mis en évidence ces quelques profils de personnalité, les facteurs de risque et les facteurs déclenchants des TCP en milieux communautaires des consacrés.

1^{er} cas de Mampasi : instabilité affective.

Les entretiens révèlent que la naissance de Mampasi était une frustration pour son père car, celui-ci attendait un garçon bien que la grossesse de sa mère était désirée. Mampasi semble être conflictuelle, instable, agressive, arrogante pendant les entretiens psychologiques. Elle semble liquider ses propres conflits consécutifs à son statut. Le sujet se substitue à sa mère, rôle qu'elle a joué auprès de son père pendant beaucoup d'années après la mort de sa mère. Mampasi a passé une enfance difficile auprès de son père car celui-ci l'utilisait beaucoup pour les travaux de ménage. Sa mère avait fait un AVC à 34 ans et sa mort avait généré en elle les TCP. Admise au postulat, le sujet atteste qu'elle était en bonne santé et n'a jamais fait des examens psychologiques. Au couvent, voulant faire sa propre volonté, le sujet se sent abandonné par ses responsables hiérarchiques. Le sujet attribue la cause de sa souffrance et celle de sa famille à ses consœurs. Plus qu'une simple projection, elle est à la recherche de bouc émissaire.

Le sujet ne se soumet pas aux exigences de vie communautaire, elle mène une vie double religieuse et laïque (vit avec un homme comme son partenaire). Trahir sa foi catholique pour vivre et prier dans des églises de réveil, c'est une simple compréhension. Mampasi devenue religieuse, elle vit une rivalité vis-à-vis des membres et responsables de la communauté. Elle vit dans un climat affectif caractérisé par des sentiments négatifs. Elle veut revivre la vie religieuse malgré ses 11 ans passés hors de la communauté. Elle est en conflit avec les lois, les règlements et les caractéristiques de vie communautaire. Le rigorisme, le cloisonnement et le manque de liberté l'étouffent et l'exposent aux TCP.

La plupart des dessins projectifs révèlent une impression générale (IG) très affectée. A l'épreuve TA, Mampasi a un sens d'observation très amenuisée, face aux situations complexes de la vie. De nombreuses difficultés de contacts sociaux, la difficulté des relations interpersonnelles. Elle est en soit plus agressive en dessinant un baobab, le sujet se projette sur ce grand arbre fort épineux et inaccessible. Cela caractérise la personnalité du sujet. A l'épreuve TB, un attachement œdipien au pôle paternel, le sujet idéalise l'image paternelle. Contre toute attente, on note une vision positive du mariage chez le sujet. Elle semble pessimiste, révèle ses souffrances intérieures. Elle a besoin qu'on s'occupe d'elle. Elle pose un sérieux problème de trouble d'identité sexuelle en dessinant d'abord une figure masculine. A l'épreuve TD₄, le sujet manifeste une tendance à s'enfermer (fort introverti). Elle est inhibée avec une connotation virile, pleine d'idées fixes et naïves. Elle accuse par ailleurs un cours de pensées portées sur les matériels et les finances (aspiration cachée) plutôt que sur la vie consacrée. Sa sexualité est non épanouie. Elle a besoin des contacts avec le monde extérieur (tendance à sortir puisqu'elle n'est pas épanouie dans sa communauté, elle est instable), tendance dépressive et agressive (voulant faire ce qui lui semble bon, quels que soient les conseils des autres). Elle manque de droiture, de vérité et d'ouverture de cœur (elle cache sa vraie motivation), elle ne dit pas tout mais préfère imputer la faute aux autres.

Le rigorisme religieux et familial à forte dominance sont retenus comme générateurs des troubles de comportement et de personnalités. Mampasi attribue la cause de sa souffrance et celle de sa famille à la communauté.

Le point de vue psychopathologique met en évidence une forte probabilité d'une personnalité morbide se structurant sous un mode névrotique et névrose d'angoisse. Il ressort que les TCP sont déclenchés en partie par la personnalité du sujet.

2^{ème} cas de Mawa : insécurité mentale

Au cours de ces 4 entretiens, nous avons retenu que : la naissance de Mawa était désirable par ses parents. Le sujet a vécu une enfance difficile et traumatisante dans une famille pauvre. Elle s'est faite substituer des parents en faisant les travaux lourds pour se prendre en charge afin de payer ses frais scolaires et autres. Elle a obtenu tardivement son diplôme d'Etat, à un âge avancé, elle a connu des difficultés scolaires. Elle n'aime pas les taquineries et les blagues qui seraient un indice de dépression mentale. Des graves difficultés relationnelles et des contacts, une méfiance excessive, malgré la mise en conditionnement psychologique que nous avons opéré en sa faveur. Elle a développé des hallucinations et des délires de persécution. A cela s'ajoute une peur exagérée tendant à une phobie et une incertitude du lendemain, des attitudes négatives vécues au couvent ont renforcé négativement des révoltes, des préjugés négatifs à l'endroit de ses consœurs, surtout sa supérieure. Mawa a les sentiments de déception, de découragement, de culpabilité et développe des pensées suicidaires qui envahissent son intellect face à une situation-problème qu'elle n'ose pas dévoiler pour s'en défaire. Elle a un seuil de tolérance très bas à l'égard de ses consœurs et de sa supérieure. Manifeste une faiblesse générale suite à l'absorption des sédatifs ou des psychotropes. Ces données révèlent que le sujet présente des TCP suite à l'enfance difficile et du MCC connus comme facteur d'exacerbation et facteur de risque de sa situation problème.

L'épreuve TA a révélé des aptitudes intellectuelles plus ou moins appréciables (propension à l'activité imaginaire), d'où, perte de sens de la réalité et de la motivation initiale chez le sujet. De nombreux traits de caractères narcissiques confirmant un Moi hypertrophié chez le sujet qui semble faire bande à part, comme conséquence, de graves difficultés de contact, incapacité de construire des relations épanouissantes. Le sujet vit un complexe d'infériorité. L'impact des événements passés (au couvent) produit une forte charge affective (angoisse, peur exagéré) puis un type de résonance à forte tendance à l'introversion, d'où la culpabilité pèse sur le sujet qui n'ose pas partager sa situation avec les autres mais réagit avec une insécurité mentale véritable, le sujet se sent menacé par un environnement sombre qui la surplombe.

L'épreuve TB révèle des résultats suivants : les personnages dessinés sont amputés qui montrent l'expression d'une agressivité pathologique. Le sujet confirme ces difficultés de contact et d'établir un dialogue vrai avec sa supérieure en particulier et un trouble d'identité sexuelle en dessinant d'abord son père. À l'épreuve D4, le sujet a besoin de contact avec l'extérieur. Elle supporte mal le cloisonnement ; sa sexualité est non épanouie mais révèle un bon passage œdipien avec son père et une grande influence de sa mère. Elle aspire à la liberté et un avenir meilleur.

Les troubles de comportement et de personnalités du sujet ont été générés et déclenchés par les milieux communautaires. Les traumatismes et la frustration vécus au sein de ces milieux deviennent un facteur déclenchant de la dépression mentale. Le pronostic est inquiétant suite au retrait social, le sujet n'est pas loin d'une psychose de type dissociatif.

3^{ème} cas de Bidilu : deuil pathologique.

Les entretiens psychologiques du 10/07/2019, du 20/08/2019 et du 6/01/2020 révèlent qu'à l'enfance, Bidilu ne résistait pas aux chocs ou aux remarques foudroyantes des parents et des amis et utilisait les pleurs comme mécanismes de défense. Lors des entretiens psychologiques, Bidilu ne cessait de pleurer, surtout au début de counseling. Bidilu est issue d'un père colérique, nerveux et autoritaire, ne voulant surtout pas que sa fille aille au couvent. Bidilu est une religieuse à vœux perpétuels. Remplaçant une consœur espagnole à la gestion économique et financière, le sujet est reproché du désordre et de l'incompétence en la matière successivement dans des différentes communautés où elle est passée. Bidilu était inhibée, bloquée et frustrée dans l'exercice de sa fonction par les supérieures qui excellent en malversation financière.

D'un niveau d'aspiration sociale très élevé, elle se sent incomprise par ses supérieures et ses consœurs qui croient qu'elle détourne l'argent de la congrégation pour ses fins personnelles. Frustrée, elle devient agressive et plaintive. Elle adopte une attitude de révolte et de revendications qui seraient à la base de ses nombreuses difficultés relationnelles avec ses consœurs en général et particulièrement avec ses supérieures. Sa réputation gâchée à cause de la non justification de fonds utilisés par sa supérieure, elle est blessée intérieurement et victime de la méconduite de sa supérieure. En Espagne, rejetée par les sœurs espagnoles qui se moquaient d'elle, elle avait fait le master en agriculture-écologie pendant 2 ans avec une mention distinction. Affectée au Cameroun pour s'occuper des mamans, elle se rend compte qu'elle était là pour être exploitée davantage. Elle est calomniée par sa supérieure, et une consœur âgée, elle est grondée en public et à haute voix.

Frustrée et agacée par le comportement de sa supérieure ne voulant pas justifier les fonds de la communauté, elle remet les pièces comptables à celle-ci par l'entremise d'une jeune consœur. Devenue hypertendue, elle n'avait plus de communication avec sa supérieure, elle devenait de plus en plus nerveuse, colérique et agressive. Lassée de l'attitude de sa supérieure et du climat conflictuel de la communauté, elle sollicite d'être écoutée par l'Evêque du diocèse à qui elle avait demandé l'exclaustration.

L'épreuve TA révèle que Bidilu présente un sens d'observation très réduit et des insuffisances intellectuelles en matière de gestion qui, de toute évidence, mettent un doute sérieux sur son niveau intellectuel. Le sujet révèle des indices dépressifs soulignant également des traits de caractère infantile. Ce sujet hypersensible a une personnalité frustrée et surtout narcissique et un complexe d'infériorité. L'épreuve TB indique l'introversion caractérisée par le type de résonance des événements traumatisants qui ont marqué ce sujet, timide, colérique, faible, fragilisé avec un esprit revendicatif, révèle les blessures internes, aux contacts et relations sociales moins édifiants et moins épanouissants. Bidilu manque d'ouverture, elle est toujours pessimiste, vit dans l'isolement et le repli sur soi. L'épreuve TD4 révèle que le sujet a tendance à l'infantilisme, a besoin de contacts avec le monde extérieur, sujet inhibé, sa sexualité est idéale, tendance au manque de réalisme, le sujet révèle un bon passage œdipien avec son père, il a une grande influence de sa mère, aspire à un avenir meilleur.

Du point de vue psychopathologique, il est permis de penser à une névrose d'angoisse, avec son sentiment de tristesse prolongée (les pleurs de chaque jour). Une personnalité narcissique avec un seuil quasi permanent dont il ne serait pas exagéré de dire pathologique. Bidilu a une personnalité à structure névrotique.

La morbidité se serait installée à partir des responsabilités de gestion financière, ou elle n'avait pas compétence, le pronostic tant a un deuil pathologique grave en cas de conflit non résolu ou mal aplani.

4^{ème} cas de Kimpumbulu : Multivocation.

Les entretiens psychologiques avec ce sujet ont mis en évidence plusieurs faits traumatisants menaçant sa sécurité individuelle et posant un profond problème d'identité plurielle : identité masculine, les autres peuvent sortir avec leurs copines mais pas moi. Identité sexuelle, victime de tentation de l'homosexualité par un de ses confrères pendant ses études en Italie. Il vit un désordre sexuel accru jusqu'à rendre mères deux adolescentes. Il est un sujet à multiples partenaires. Identité sociale, il vit toujours en conflit avec ses confrères et cela depuis la maison de formation jusqu'à ce jour. Identité sacerdotale, celle-ci est-elle partagée avec les autres confrères ? Si oui, pourquoi il est rejeté par ces mêmes confrères. Rejeté, déteste, accusé par ses confrères à cause des femmes, et mis en résidence surveillée, pris en otage à cause de sa sexualité désordonnée partout où il est affecté. La même identité sacerdotale est partagée avec des supérieurs ou responsables qui prennent des mesures ambiguës : plusieurs obédiences et plusieurs fonctions tantôt importantes tantôt dérisoires lui sont confiées. Identité parentale, c'est un prêtre et un parent, géniteur de deux enfants. Identité géographique, il était affecté dans son propre diocèse pour l'apostolat, où il a été chassé par l'ordinaire du lieu. Était-il considéré comme un danger public pour l'église ou la société ?

L'épreuve de TA a révélé quelques aptitudes intellectuelles indéniables chez ce sujet. Cependant, ses aptitudes ne semblent pas suffisamment bien exploitées, car, Kimpumbulu reste assujéti à ses instincts et pulsions et en a une conscience plus ou moins claire. De surcroît, il affiche un comportement sexuel désordonné sans retenue et d'un refus plus ou moins conscient des remarques de ses confrères. Un sujet sensible et sensitif avec des traits de caractère régressifs et infantiles : une humeur triste, dépressive et anxieuse signalant une carence affective. Un sujet qui vit dans un processus de victimisation plus ou moins imminente, à une recherche d'appui et de l'équilibre psychoaffectif. Face aux divers événements dramatiques, le sujet réagit avec un type de résonance intime assez particulière. En effet, malgré les apparences d'extraversion qu'il affiche, le sujet accuse une nette tendance à l'introversion et opte pour le refoulement comme mécanisme fondamental de défense.

L'épreuve TB a démontré la présence des troubles d'identité sexuelle, car, il a dessiné en premier lieu un personnage féminin, cela est confirmé dans les différents entretiens et dans l'épreuve précédente. Le sujet affiche un comportement de dichotomisation contraire à l'attitude d'Autriche face aux événements et drames conscients dont il est coupable. L'épreuve TD a révélé que le sujet est anxieux et manque d'adaptation dans ces MCC, sa sexualité est en action, c'est-à-dire que le sujet est toujours à la recherche effrénée d'un partenaire sexuel comme un adolescent (voir son dessin de serpent) ou comme un adulte obsédé. Le désordre sexuel l'a conduit à devenir un multipartenaire sexuel et père des enfants sans mariage. Le trouble de comportement sexuel du sujet est renforcé par ses supérieurs qui ne respectent pas leurs engagements.

Le point de vue psychopathologique suggère une personnalité se structurant sous un mode essentiellement névrotique, dépressif et obsessionnel. Le rejet, le manque de considération, le rigorisme, les diffamations et les calomnies de ses confrères risquent de plonger le sujet dans une obsession sexuelle grave et avoir beaucoup de progénitures.

5^{ème} cas Kitisa : bouche trou.

Les entretiens psychologiques du 11/08/2019 du 10/10/2019, du 06/12/2019 et du 04/01/2019 ont révélé que : assez tôt à l'âge de 10 ans, Kitisa fait une première expérience traumatisante à la suite du décès de son père qui, de tout évidence, a renforcé un attachement œdipien non seulement à la mère qu'il perd à l'adolescence mais, il s'est attaché également à sa sœur aînée, substitut de sa mère. Une mauvaise expérience dans son apostolat comme gestionnaire de la librairie deux fois, économiste général une fois mais les confrères constatent une mégestion dans son travail. Il a souffert de manque de considération par certains de ses confrères et de son supérieur provincial. Le manque de dialogue, de considération, a conduit le sujet à passer beaucoup de temps déprimé, à se sentir rejeté et abandonné par sa congrégation. Il a cultivé le mécanisme de défense de repli sur soi et l'isolement spécifique à la névrose obsessionnelle. Le sujet a subi le traumatisme suite au comportement de son supérieur provincial, l'indifférence, le manque de pardon, des paroles choquantes et frustrantes de son supérieur ont provoqué les TCP de Kitisa. Pendant longtemps sans travail, le sujet est frustré, il dépend de sa famille, il se sent dévalorisé, déconsidéré et inutile pour la société. L'instabilité dans les obédiences a renforcé sa situation anxieuse et/ou pathogène, la révocation de rentrer au pays sans une explication claire de sa situation génère en lui une insécurité psychique existentielle. Étant malade, le sujet s'est senti abandonné, rejeté par sa congrégation et le fait que sa famille pourvoit à ses besoins est dégradant pour lui. Kitisa a eu une tentation de suicide pour mettre fin à toutes les frustrations, est-ce une auto destruction tournée vers les responsables et la communauté ? Agacé et fatigué de la situation anxieuse,

il utilise un mécanisme de défense, l'agressivité avec passage à l'acte en tapant son confrère, il a une façon de punir ses supérieurs. Kitisa a beaucoup maigri, il a des insomnies, des maux de tête, il manque d'appétit, bref, il manifeste des maladies psychosomatiques. Sa prise en charge affective et efficace par sa famille serait un renforcement négatif pour le sujet. L'autorisation de son départ pour l'Europe serait un débarras pour la congrégation.

L'épreuve TA donne une IG très affectée. L'analyse des dessins révèle de nombreux motifs régressifs soulignant des traits de caractère infantile : un seuil très bas de tolérance à la frustration, révolté et découragé, de l'humeur triste. Kitisa est un sujet nerveux, introverti, tendance à la régression, sujet plaintif, faible, sensible et agressif.

À l'épreuve TB, le sujet se montre très disposé, ce qui révèle les caractères aigus de la situation à laquelle, il doit présentement faire face entre autres les conflits avec son supérieur et ses confrères. Les personnages dessinés sont amputés, sans les doigts (pour le deuxième personnage), c'est l'expression d'une agressivité pathologique. Le sujet confirme ses difficultés de contact et d'établir un dialogue vrai avec son entourage. Il devient revendicatif. Kitisa a passé un bon moment œdipien avec sa mère qu'elle aimait plus que son père. L'épreuve D₄ révèle que le sujet est inhibé, a besoin de contact avec le monde extérieur pour trouver solution à ses divers problèmes. Le test a démontré aussi l'infantilisme et le manque du réalisme dans son comportement problème avec ses confrères et ses responsables.

Les multiples obédiences de ses responsables, le manque de dialogue, le manque du travail pendant un long moment, le manque de considération, l'indifférence, le manque de pardon, des paroles choquantes et frustrantes de son supérieur provincial et les autres confrères ont conduit Kitisa à déclenché les troubles de comportement et de personnalité. Le point de vue psychopathologique souligne une personnalité à structure névrotique ; le pronostic révèle un grand risque de suicide ou de quitter la congrégation.

6^{ème} cas de Kinua : Toxicomane.

Les entretiens psychologiques avec ce sujet ont mis en évidence : un refus manifeste de collaborer dès le début des entretiens, donnant des réponses catégoriques ou impulsives. Des graves difficultés relationnelles et des contacts en commençant par son père depuis l'enfance, est-ce le complexe œdipien prolongé. Projetant l'image parentale chez son Evêque symbolisé par la désobéissance, il veut vivre en milieu urbain, refusant les ordres. Il évite à préciser le motif de son envoi en repos au centre de repos, et aussi de citer le nom de son Evêque. Kinua avait dit la messe en état de l'inconscience suite à la consommation abusive de l'alcool, incapable de monter à l'autel, il se met par terre devant le public, un scandale et un contre témoignage pour les chrétiens. Le rigorisme des responsables, le rejet, l'abandon et le seuil bas de tolérance de son Evêque, qui a interdit formellement à Kinua de ne plus dire des messes même à la mort de son père, vue les caractéristiques lourdes des milieux communautaires qui l'ont plongé ans une dépression mentale. Il est hébergé dans un monastère puis en famille pour une réflexion ou un repos. Des attitudes très négatives et de révolte envers son évêque et ses confrères. Kinua a développé une persistance de son complexe d'ainé ou d'intrusion mais mal assumé en déclarant qu'il n'aime pas subir des injonctions. Des sentiments de culpabilité, déception, découragement, rejet envahissent Kinua face à sa situation-problème et génèrent les TCP.

L'épreuve TA révèle des aptitudes intellectuelles appréciables chez le sujet, mais il manifeste une perte de sens de la réalité. Des graves difficultés de contact, incapacité de construire des relations épanouissantes suite à l'alcool et malgré ses aptitudes intellectuelles. Une forte charge affective avec angoisse, culpabilité et une forte tendance à l'introversion envahissant Kinua. A l'épreuve TB, le sujet manifeste son incapacité d'évaluer les conséquences des actes qu'il pose. Refusant inconsciemment de comprendre ce qui se passe ou s'est passé en lui et autour de lui, il crée une barrière avec son responsable et ses confrères. Le personnage dessiné est amputé, sans yeux, pour montrer combien, il refuse la réalité. C'est l'expression d'une agressivité pathologique, de ses difficultés de contacts et d'établir un dialogue vrai avec son entourage, une vie inconsciente dominante chez Kinua.

L'épreuve TD₄ révèle un sujet inhibé avec une dépréciation du père de l'enfance, des indices de l'infantilisme, un manque d'adaptation, une présence de difficultés dans sa famille et en communauté. Sa vie est marquée par une carence affective, une mauvaise relation à sa mère et à sa marâtre qui génèrent les difficultés d'épanouissement sexuel. La mère est l'obstacle majeur à la résolution normale du complexe d'œdipien.

Avec cette hypertrophie du Moi, l'addiction à l'alcool et sa dépendance, utilisant comme mécanisme de défense le déni, comme pronostic Kinua n'est pas loin de manifester une psychose de type dissociatif.

C'est ainsi que les données d'études des cas confirment d'abord l'hypothèse sur la personnalité névrotique des sujets présentant des troubles de comportement et de personnalité en milieu

communautaires, ensuite nous confirmons l'hypothèse selon laquelle, il existe un rapport entre les troubles de comportement et de personnalité et les milieux communautaires.

V. DISCUSSION DES RÉSULTATS

La vérification de l'hypothèse principale et des hypothèses secondaires a été faite à chacune des étapes de nos analyses. Faut-il rappeler que les données dont nous interprétons les résultats ont été recueillies auprès d'un échantillon composé d'un abbé, trois religieuses et deux religieux résidant dans l'Archidiocèse de Kinshasa. L'extraction de l'échantillon de notre étude a été faite selon les critères d'inclusion.

Partant de l'analyse des résultats des études de cas, nous pouvons conclure que toutes nos hypothèses du départ sont confirmées mais non généralisables compte tenu de la taille de l'échantillon. Ainsi, il est confirmé que les troubles de comportement et de personnalité existent et ont comme origine les caractéristiques et les exigences des milieux communautaires ainsi que les sujets eux-mêmes. Un lien existe entre ces milieux et les troubles de comportement et de personnalité des sujets observés.

Les résultats de cette recherche corroborent à ceux de l'étude récente de Lopez (2017) selon lesquels, il existe une forte corrélation entre les troubles du comportement et de conduite et les milieux socio-économiques défavorisés, milieux où peut résulter une faillite de l'environnement familial à l'origine de carences éducatives et affectives, sources d'une « vulnérabilité acquise » en termes de « troubles de comportement ». Il avait également constaté que les troubles de comportement s'inscrivaient à l'intersection des domaines du social, de la justice et de la clinique, et que les sujets s'interrogeaient inévitablement sur les normes (sociales, juridiques) de santé de leurs institutions.

La particularité soulignée dans notre étude est fondée sur deux aspects : l'aspect psychopathologique des troubles de comportement et de personnalité dans les milieux communautaires des consacrés ainsi que l'aspect méthodologique dont notre étude s'est fondée sur les données purement qualitatives. Nous avons abordé les vécus des consacrés dans ces milieux communautaires ; dans notre population d'études, nous avons eu comme échantillon des jeunes et des vieux ayant vécus plusieurs années ou quelques années au couvent. Cette population est liée par les vœux ou le sacerdoce.

Dans ce même ordre d'idée, nous retenons l'étude de Giovanni Cucci (2020) qui met en cause le manque d'autonomie des religieuses qui peut ainsi le maintenir dans une situation mal ajustée à l'autorité. D'autant que les religieuses confrontées à ses abus de pouvoir ou de conscience qui ont tout quitté pour se consacrer à Dieu, « ne savent plus vers qui se tourner » et craignent de représailles. Ce qui suscite chez elle de « grandes souffrances sur le plan émotionnel, spirituel et psychologique » tendance à obéir aveuglément. Les résultats du père Giovanni rejoignent les résultats de notre étude sur les facteurs spécifiques des troubles de comportement et de personnalité en milieux communautaires des consacrés, ces facteurs sont : (le manque de liberté, le rigorisme, la dépendance, l'obéissance aveugle et l'autoritarisme des responsables).

La particularité de notre recherche par rapport à l'étude de Giovanni réside sur l'aspect psychopathologique, où l'auteur a uniquement abordé le diagnostic sans étude approfondie des cas.

Concernant les liens entre les milieux communautaires et les troubles de comportement et de personnalité, les travaux de :

Mandeke Ngakikuna (2006) selon lesquels en évidence la prémorbidité qui est considérée comme une réalité, une pathologie individuelle qui pourrait devenir un fléau social et communautaire très grave et qui constate également que les facteurs de risques sont signalés à 92% et ces facteurs de risque ont un lien entre les milieux communautaires des consacrés et les troubles du comportement et de personnalité parce que ces troubles passent presque inaperçus lors de recrutement et de l'admission de candidats à la vie religieuse et sacerdotale (manque de test psychologique). Les résultats de cette étude corroborent aux résultats de la présente étude par rapport à l'approche psychopathologique et le milieu communautaire des consacrés qui est aussi l'univers de la présente recherche.

Les résultats de cette étude rejoignent ceux de Kumakuma (2007), selon lesquels les milieux communautaires génèrent les troubles du comportement et de personnalité. Les consacrés adoptent un comportement de masque lors de la formation, cela est due à la peur d'avoir un mauvais rapport ou encore la peur de leurs formateurs.

CONCLUSION

À l'issue de cette étude qualitative portant sur *les troubles de comportement et de personnalité en milieux communautaires des consacrés*, l'étude détaillée et approfondie de six sujets consacrés a démontré les facteurs de risque et les facteurs déclenchants des TCP ainsi que le lien qui existe entre les caractéristiques desdits milieux et les syndromes pathologiques exprimés par les consacrés.

BIBLIOGRAPHIE

- American Association Psychiatric of, Mini DSM-IV, Critères diagnostiques (Washington D.C., 1994), Traduction française par J.D. GUELFY et al. (2015), Paris : Masson, 384.
- American Psychiatric Association (2015) *Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux* 5^{ème} édition américaine, Masson
- BECK, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*, New York : Guilford.
- BLOCH, H, et al. (2002). *Dictionnaire fondamental de la Psychologie*, France : Larousse.
- BONNET, A ET FERNANDEZ, L. (2017). *Psychopathologie en 15 fiches : enfant, adolescent, adulte*. Paris : Dunod, 2^{ème} éd.
- COTTRAUX, J. (2004). *Les thérapies comportementales et cognitives*, Paris : Mason
- FERNANDEZ, L. et CATTEUW, M. (2001). *La recherche en psychologie clinique, actualités et nouvelles perspectives pour la recherche en psychologie clinique*, Paris : Nathan.
- FREUD, S. (1905). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris : Gallimard.
- GABBARD G.O. (2000). *Disguiser or consent : problems and recommendations concerning the publication and presentation of clinical material* « The international journal of psychoanalysis » 81, 6, 1071-1086.
- GIOVANI, C. (2020). Les abus de pouvoir de mères supérieures, In revue « *La viciltta cattolica* », lu le 10 avril 2024. www.laciviltacattolica.it
- GOODENOUGH (1926), *Measurement of intelligence by Drawing Yankers*. New York : World Book Company.
- JANKELEVITCH (1960). *Encyclopédie pratique de l'éducation*. France : Consulté le 25 /6/2018 sur [www. Google. Com](http://www.Google.Com).
- KUMAKUMA, W. (2007). *Perspective d'intégration des données psychologiques dans la formation intégrale des candidats à la vie consacré et/ou communautaire*, Mémoire de licence en Sciences psychologiques, Unikin
- LOPEZ, D. (2017). *Trouble de comportement : une maladie de culture qui a fait symptôme dans le lien social et interroge l'école*. Thèse de doctorat, Université Paul Valéry Montpellier III. Paris.
- MANDEKE NGAKIKUNA. L. (2006). *Personnalité prémorbide et environnement mental*. Mémoire, inédite. Unikin.
- MILES, M. et HUBERMAN (2003). *L'analyse des données qualitatives*, Bruxelles : De Boeck
- MOOR et FERNANDEZ, L. (2005). *Le test de l'arbre. Un dessin pour comprendre et interpréter*. Paris : Laballery.
- MOOR, L. (1969). *Guide pour l'emploi des tests de personnalité, série scientifique*. Paris : Lefrancq n° 4.
- NGUB'USIM MPEY NKA, R. (2013). *Manuel de Psychologie*. Cours inédit, F.P.S.E., Unikin.
- OUIMET, M. (2018). *La délinquance : théories, causes et facteurs*, Laval : Presse de l'Université de Laval
- ROSENZWEIG, S. (1944). *An outline of Frustration theory.*, in J.McV. Hunt(ed.), *personality and the behavior disorders*. Vol. 1. New york : The Ronald Press Company
- WIDLÖCHER, D. & al. (2006). *Choisir sa psychothérapie*, Paris, Odile Jacob.