

# Le diagnostic différentiel entre les troubles psychopathologiques et l'action extraordinaire du démon



Dr Héctor de Ezcurra

*Conférence à l'Ass. Intern. des Exorcistes 2018*

# Le diagnostic différentiel entre les troubles psychopathologiques et l'action extraordinaire du démon (AED)

Dr. Héctor de Ezcurra<sup>1</sup>

On enseigne aux médecins d'abord les pathologies existantes, et ensuite à faire des diagnostics différentiels entre elles. C'est pourquoi, dès le début de mon travail, j'ai recueilli (parmi les opinions des auteurs que je lisais ou écoutais, et sur la base de l'expérience que je faisais) certains des diagnostics psychiatriques qui génèrent le plus souvent la confusion au moment du discernement entre les états psychopathologiques et l'AED.

Dans le discernement entre ces deux situations (troubles psychopathologiques et AED), les caractéristiques de certaines pathologies mentales sont parfois source de confusion. Cela pourrait arriver avec presque n'importe quel trouble mental, mais en m'appuyant sur certains auteurs et sur l'expérience de notre équipe, j'ai compilé **ce tableau de la douzaine d'états psychiatriques qui requièrent le plus souvent un diagnostic différentiel avec l'AED. C'est-à-dire que ce sont les états cliniques que nous devons d'abord éliminer, pendant que nous interrogeons la personne qui fait référence aux symptômes de l'AED.**

États psychiatriques qui peuvent être confondus avec l'action extraordinaire du démon	
Catégorie générale	Diagnostic
<b>Troubles psychotiques</b> ( <i>Disturbi psicotici, Psychotic Disorders</i> )	<ol style="list-style-type: none"> <li>Schizophrénie (IT : <i>Schizofrenia</i> ; EN : <i>Schizophrenia</i>)</li> <li>Troubles délirants (IT : <i>Disturbi Deliranti</i> ; EN : <i>Delusional Disorders</i>)</li> <li>Trouble psychotique partagé (« Folie à deux ») (IT : <i>Disturbo Psicotico Condiviso o Disturbo Delirante Indotto</i> ; EN : <i>Shared Psychotic Disorder</i>)</li> <li>États altérés, troubles relationnels dûs à l'utilisation de substances (IT : <i>Disturbi da uso di sostanze psicoattive</i> ; EN : <i>Substance Use Disorders</i>)</li> </ol>
<b>Formes de dissociation et « Hystérie »</b> ( <i>Dissociazione e Isteria ; Dissociation and Hysteria</i> )	<ol style="list-style-type: none"> <li>Troubles histrioniques (IT : <i>Disturbo istrionico di personalità</i> ; EN : <i>Histrionic Personality Disorder</i>)</li> <li>Trouble de conversion (« Troubles de symptômes neurologiques fonctionnels ») (IT : <i>Disturbo di conversione</i> ; EN : <i>Conversion Disorder</i>)</li> <li>Trouble dissociatif de l'identité (« Personnalité multiple ») (IT : <i>Disturbo Dissociativo dell'Identità</i> ; EN : <i>Dissociative Identity Disorder</i>)</li> </ol>
<b>Troubles de l'humeur</b> ( <i>Disturbi dell'umore ; Mood Disorders</i> )	<ol style="list-style-type: none"> <li>Épisode maniaque ou hypomaniaque (IT : <i>Episodio Ipo/Maniacale</i> ; EN : <i>Hypo/Manic Episode</i>)</li> <li>Dépression majeure (IT : <i>Episodio depressivo</i> ; EN : <i>Depressive Episode</i>)</li> </ol>
<b>Troubles névrotiques</b> ( <i>Disturbi nevrotici ; Neurotic Disorders</i> )	<ol style="list-style-type: none"> <li>Trouble obsessionnel compulsif (IT : <i>Disturbo Ossessivo Compulsivo</i> ; EN : <i>Obsessive-Compulsive Disorder</i>)</li> <li>Syndrôme de Gilles de la Tourette (IT : <i>Disturbo a tipo tic combinati motori multipli e vocali [de la Tourette]</i> ; EN : <i>Tourette's Disorder</i>)</li> </ol>
<b>Simulation</b> ( <i>Simulazione ; Simulation</i> )	<ol style="list-style-type: none"> <li>Trouble factice (IT : <i>Disturbo Fittizio</i> ; EN : <i>Factitious Disorder</i>)</li> </ol>

<sup>1</sup> Médecin, spécialiste en psychologie médicale, spécialiste en psychiatrie, psychothérapeute. Membre de l'équipe de la Pastorale de la Consolation du diocèse de San Isidro (Argentine).

Sur la base de ce tableau, j'ai construit pour mon usage personnel et pour partager avec des collègues et des exorcistes un **guide pour le discernement**, composé de plusieurs **tableaux comparatifs**, dans lesquels j'essaie de répondre à la question : ***Comment faire la différence entre ce tableau psychopathologique et la possession, la vexation, l'obsession ou l'infestation démoniaque ?***

Il existe un tableau comparatif pour chacune des douze situations cliniques. Le sujet est long et vous pourrez le lire tranquillement dans les Actes de ce Congrès. Aujourd'hui, pour des raisons de temps, je vais vous présenter, à titre d'exemple, certains des diagnostics, en comparant leurs symptômes et signes avec ceux de l'AED. L'objectif était de créer **un outil disponible pour collaborer au discernement** entre l'une et l'autre.

Ce guide doit être considéré comme schématique et comme un travail en cours de construction, auquel je souhaiterais que mes collègues plus expérimentés que moi-même puissent faire leurs ajouts, commentaires ou corrections. Il s'adresse principalement aux professionnels de la santé mentale, mais aussi les exorcistes et leurs auxiliaires afin qu'ils gardent à l'esprit le type de diagnostic différentiel que fait le psychiatre et qu'ils le partagent avec leurs propres consultants en santé mentale. Je pense qu'il sera très utile au professionnel de la santé mentale qui commence son travail de collaboration dans l'équipe d'un exorciste.

Dans chaque tableau comparatif, dans la colonne de gauche, sont énumérées quelques caractéristiques distinctives de chaque diagnostic psychopathologique. Dans la colonne de droite figurent, pour comparaison, quelques particularités de l'AED qui favorisent le diagnostic différentiel avec ce qui précède. Il sera évident que cette colonne contiendra toujours (même répétitive) une manifestation de l'AED, qu'il s'agisse d'un signe (objectif, vérifiable) ou d'un symptôme (subjectif), (sinon, il n'y aurait pas lieu de penser à l'AED).

## Guide de discernement entre quelques états psychopathologiques et l'AED

L'une des causes les plus fréquentes de confusion avec l'AED est due aux psychoses. Considérons la **schizophrénie** et les **troubles délirants** comme des cas particulièrement trompeurs, à savoir le **trouble psychotique partagé**.

### 1. SCHIZOPHRÉNIE

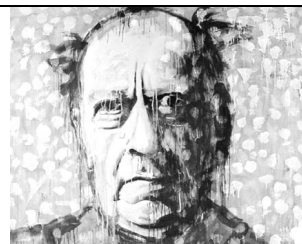
Si nous sommes face à un jeune patient agité (homme ou femme), avec des gestes étranges, un discours incohérent, qui peut être hurlant, agressif, menaçant, tenu entre plusieurs personnes, ou au contraire rigide et non responsable, qui peut écouter ou voir des choses inexistantes (voix qui lui parlent et qui lui contrôlent la pensée : hallucinations), riant sans raison aux éclats, parlant de choses insensées (délire), qui peut même tenir un discours sur un thème mystico-religieux, et que la famille peut dire que depuis un certain temps il est bizarre, émotionnellement isolé, méconnaissable. Les membres de la famille envisagent : *cet état ne peut-il pas être le fruit de l'action du démon ? Est-ce que cela ne peut pas être produit par un maléfice ?*



SCHIZOPHRÉNIE	AED (Possession)
Psychose détériorante, caractérisée par des délires et des hallucinations.	Il n'y a ni psychose, ni détérioration psychique. En dehors des moments de transe, il peut mener une vie normale.
Délires (bizarres ou désorganisés). Hallucinations (principalement auditives).	Absence de structure autocentrique du discours. « Hallucinations » sans interprétation délirante.
Isolement social progressif, impossibilité de vivre normalement. Maladie permanente (détérioration), avec décompensations.	Moments de crise (transe) et autres moments de calme. Une vie normale en dehors de la crise.
Pensée et discours désorganisés (désagrégation, incohérence). Comportement très désorganisé ou catatonique. Excitation psychomotrice (qui répond à des médicaments).	<b>Parler et comprendre des langues inconnues.</b> Réactions violentes (ou léthargies), soudaines, à des moments particuliers (comme une <b>aversion pour le sacré</b> ), et qui ne répondent pas à des médicaments (ou effet paradoxal). Il peut y avoir une <b>force supérieure à la normale</b> .
Rires sans cause.	Il peut aussi y avoir des rires insensés.
Expressivité émotive atone, aboulie.	Expressivité normale (en dehors des crises).
Personnalité préalable schizoïde (silencieux, isolé, introverti, sans copines ou sports d'équipe).	N'importe quelle personnalité antérieure.
Début à l'adolescence ou à la jeunesse, évolution chronique, avec détérioration résiduelle après état aigu.	Date précise de début (contact avec l'occultisme). Il n'y a pas de détérioration.
<b>C'est mieux avec les antipsychotiques.</b>	<b>Ça ne change pas ou ne s'aggrave pas avec les antipsychotiques.</b>
<b>Ça ne change pas ou ça empire avec des exorcismes.</b>	<b>Ça s'améliore avec les exorcismes ou les prières de libération.</b>
Absence de phénomènes préternaturels.	<b>Il existe d'autres signes traditionnels de possession ou d'indices suspects de l'AED : la clairvoyance, l'aversion pour le sacré, etc.</b>

## 2. TROUBLES DELIRANTS

Si une personne vient avec des idées délirantes assez crédibles d'être observé, empoisonné, infecté, ou maléficié, rendu malade, ou d'avoir des révélations pour avoir été un élu, spécial, et attribue à l'action directe du démon ces situations, peut se poser la confusion entre un trouble délirant et l'AED.



TROUBLES DELIRANTS	AED (Possession ou Vexation)
Psychoses non détériorantes caractérisées par des délires.	Absence de délire.
Hallucinations plausibles (érotomaniaques, manie des grandeurs, celotypiques, persécutions (paranoïa), somatiques).	Absence de structure autocentrique du discours.
Il n'y a pas de langage désorganisé.	Parler et comprendre des langues inconnues.
Il n'y a pas de comportement désorganisé.	Réactions violentes ou léthargiques face au sacré.
Pas d'aplatissement affectif, pas d'aboulie.	Expressivité normale (en dehors de la transe).
S'il y a des hallucinations, elles ne sont pas importantes et sont liées au thème délirant (par ex. infestation, possession).	« Hallucinations » sans interprétation délirante, en relation avec l'atteinte démoniaque.
Le fonctionnement social n'est pas très altéré, et le comportement n'est pas manifestement extravagant ou étrange.	Il n'y a pas de détérioration. Date précise de début. Vie normale en dehors de la crise.
Ça s'améliore avec des médicaments antipsychotiques. Ça empire ou ne change pas avec les exorcismes.	Ça ne change pas ou empire avec des médicaments antipsychotiques. Ça s'améliore avec les exorcismes.
Absence de phénomènes préternaturels.	Présence d'autres phénomènes préternaturels.

## 3. TROUBLE PSYCHOTIQUE PARTAGÉ

Deux ou plusieurs personnes (maris ou proches parents) qui mentionnent des signes suspects de l'AED, mais dont le récit donne l'impression d'être délirant chez une de ces personnes, malgré le soutien et le témoignage de son accompagnateur. Nous devons différencier un cas d'AED d'un cas de trouble psychotique partagé (pour lequel nous interrogerons les personnes séparément).



TROUBLE PSYCHOTIQUE PARTAGÉ (« FOLIE À DEUX »)	ACTION EXTRAORDINAIRE DU DÉMON
Psychose rare, dans laquelle les symptômes se développent chez une personne (personne passive) pendant une relation de longue date avec une autre personne manifestant des symptômes psychotiques (la personne dominante).	La difficulté dans le discernement surgit quand le trouble psychotique partagé est un délire à thématique démoniaque, et que l'accompagnateur familial tente de rendre les faits crédibles par son témoignage.
Les configurations les plus fréquentes sont soeur-soeur, époux-épouse ou mère-fils.	Aucune configuration interpersonnelle en particulier.
Plus fréquent dans les milieux socio-économiques pauvres.	Aucune préférence pour le niveau socio-économique.
La séparation apporte une amélioration.	La séparation ne change rien.
Absence de phénomènes préternaturels.	Présence de signes d'AED.

#### 4. ÉTATS DE CONSCIENCE ALTÉRÉS PAR UTILISATION DE SUBSTANCES.

États d'intoxication ou d'abstinence de substances, ou de troubles psychotiques et d'états de confusion induits par leur usage chronique, qui laissent la personne dans un état hors d'elle-même, sous le contrôle de forces apparemment indépendantes de sa volonté. Ils peuvent faire penser à l'AED.



UTILISATION DE SUBSTANCES	AED
Historique de la consommation de substances : alcool, caféine, cannabis, hallucinogènes, inhalants, opiacés, sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques, stimulants (amphétamines, cocaïne, etc.).	
Découvrir dans l'interrogatoire, dans les études médicales et complémentaires (analyses de sang) la cause des symptômes, permet le diagnostic différentiel.	Études médicales normales.
	De fréquentes situations dans lesquelles les états altérés de conscience ouvrent la porte à l'action préternaturelle (rites sataniques et afro-américains).

#### 5. TROUBLE HISTRIIONIQUE DE LA PERSONNALITÉ

Voici une personne (plus souvent une femme) qui, par ses attitudes, réussit à devenir le centre et à obtenir une attention spéciale, se comportant de manière très dramatique ou théâtrale (hystérique), indûment provocatrice ou séduisante. Elle se dit (très convaincue par son auto-suggestion) être affectée par des problèmes spirituels et ayant besoin d'une attention urgente de la part de l'équipe et du prêtre. En raison de symptômes qui imitent différents états (y compris l'AED), nous devons faire un discernement attentif pour savoir ce qui pourrait être le résultat de l'action de l'AED et ce qui provient de cette forme de l'ancienne « hystérie ».



TROUBLE HISTRIIONIQUE DE LA PERSONNALITÉ	ACTION EXTRAORDINAIRE DU DÉMON
Trouble de la personnalité, expression symbolique dans le comportement d'un conflit psychique (refoulé). Pas de lésion neuronale.	Vie normale en dehors de la crise, Il n'y a peut-être pas de troubles de la personnalité.
Schéma dominant (depuis toujours) d'émotivité excessive et de recherche de l'attention : centre d'attention. Inconvenant provocateur ou sexuellement séduisant. Utilise constamment l'aspect physique pour attirer l'attention.	Date précise de commencement, par contact avec l'occultisme. Peut préférer être discret et réservé. Ne provoque pas, ne séduit pas.
Il exprime l'autodramatisation, le théâtre et l'expression exagérée de l'émotion.	Peut avoir différents types d'expression affective.
Style de communication qui repose excessivement sur les impressions et manque de détails.	Peut avoir différents types de style communicationnel.
Présente des changements rapides et une expression plane des émotions (« <i>belle indifférence</i> »).	Il peut avoir des « pics » de colère ou de léthargie, mais l'émotion et l'expressivité sont normales en dehors de la crise.
Personne suggestible et confiante en l'autre.	
Ça s'améliore avec la psychothérapie.	Pas de résolution des symptômes avec la psychothérapie.
Absence de phénomènes préternaturels.	Présence de divers phénomènes préternaturels.

## 6. TROUBLE DE CONVERSION

Quand quelqu'un se caractérise par des crises pseudo-épileptiques, dans lesquelles la personne (plus souvent une femme) peut tomber sur le sol et entrer dans un état hypnotique (similaire au rêve), avec divers autres symptômes physiques fonctionnels. Nous devons alors différencier un état de crise de possession d'un autre type de symptômes hystériques.



TROUBLE DE CONVERSION	ACTION EXTRAORDINAIRE DU DÉMON
Expression symbolique dans le corps d'un conflit psychique (refoulé). Sans lésion neuronale.	
Un ou plusieurs symptômes d'altération de la fonction motrice ou sensitive (symptômes neurologiques fonctionnels) : faiblesses, paralysie, tremblements, troubles de la marche, de la déglutition ( <i>globus</i> ou « <i>bolo hystérique</i> »), la parole (dysphonies, dysfonctionnisme, mutisme), des anesthésies ou des altérations visuelles, auditives ou olfactives, ou des crises pseudo-épileptiques, sans être une affection neurologique ou médicale reconnue.	Les vexations peuvent présenter des symptômes similaires, mais elles apparaissent et disparaissent généralement (parfois en fonction de l'exposition au sacré), elles peuvent changer d'autres symptômes, et elles sont également inexplicables pour les médecins.
Les symptômes sont à l'origine d'un malaise clinique important ou d'une détérioration sur le plan social, professionnel ou dans d'autres domaines importants du fonctionnement.	Idem.
Des traits névrotiques depuis l'enfance.	Date précise de commencement (contact avec l'occultisme).
Amélioration avec la psychothérapie.	Pas de résolution des symptômes avec la psychothérapie.
Absence de phénomènes préternaturels.	Présence de divers phénomènes préternaturels.

## 7. TROUBLE DISSOCIATIF DE L'IDENTITÉ

Il s'agit d'une personne (beaucoup plus souvent une femme) ayant divers problèmes émotionnels et physiques, qui semble parfois être une autre, qui a des attitudes différentes de celles de l'identité habituelle. La personne peut le vivre comme quelque chose d'étranger que l'« envahit » et la « prend ». C'est peut-être le diagnostic différentiel le plus difficile à réaliser.

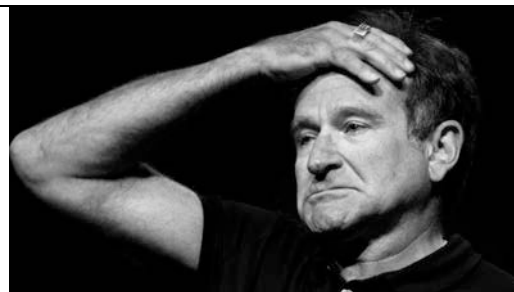


TROUBLE DISSOCIATIF DE L'IDENTITÉ	AED (POSSESSION)
Intrusion involontaire dans la conscience qui altère l'intégration des fonctions psychiques, apporte confusion et distorsion du schéma corporel.	<b>Il ne s'agit pas d'une dissociation de l'identité, mais d'une substitution temporaire de l'identité.</b> En dehors des trances, il ne doit y avoir ni confusion ni distorsion du schéma corporel.
Il s'agit de personnes qui n'ont pas réussi une bonne intégration de l'identité, à cause d'un manque d'éducation et/ou d'événements traumatisants dans leur histoire. Trouble de longue date.	Date précise de commencement (contact avec l'occultisme).
Statistiquement peu fréquent.	Idem.
A. perturbation de l'identité caractérisée par deux ou plusieurs états de personnalité bien différenciés (de toute nature) que l'on peut décrire dans certaines cultures comme une <b>expérience de possession</b> . La perturbation de l'identité implique une discontinuité importante du sens de soi-même et du sens de la maîtrise de soi, accompagnée d'altérations liées à	<b>L'identité qui émerge est spécifiquement de caractère malin, pleine de haine pour le sacré, d'orgueil et de rancune. Il est totalement étranger à la personne (« Ce n'est pas ma fille. »).</b> Il peut y avoir de la colère au mutisme. Parfois l'identité de la personne lutte contre le démon pour reprendre le contrôle de son corps et communiquer avec l'exorciste.

l'affection, au comportement, à la conscience, à la mémoire, à la perception, la connaissance et/ou le fonctionnement sensoriel moteur. Par exemple : d'intenses émotions ou impulsions, incluant la parole ou d'autres actions qui surviennent sans sentiment d'appartenance personnelle ou de contrôle (même une tentative de suicide). Ces signes et symptômes peuvent être observés par d'autres personnes ou communiqués par l'individu.	C'est une <b>possession</b> , pas une « <i>expérience de possession</i> ». Elle résulte de l'action externe d'un être non humain, doté d'une intelligence et d'une volonté propres, qui remplacent momentanément celles de la personne, provoquant une suspension temporaire passive des activités intellectuelles et volitives, exerçant une domination despotique du corps et des actions de la personne. Les témoignages fiables sont pris en compte.
B. Lacunes récurrentes dans la mémoire : d'événements quotidiens, d'informations personnelles importantes, et/ou d'événements traumatisants, incompatibles avec l'oubli ordinaire.	Parfois, il y a des trous de mémoire, seulement de ce qui s'est passé pendant l'état de transe.
C. Les symptômes sont à l'origine d'un malaise clinique important ou d'une détérioration sur le plan social, professionnel ou dans d'autres domaines importants du fonctionnement.	En dehors des états de transe, la personne peut mener habituellement une vie totalement normale.
D. L'altération n'est pas un élément normal d'une pratique culturelle ou religieuse largement acceptée. Les crises sont déclenchées et prolongées par des pressions psychosociales. (DSM V – 2013)	Il y a des phénomènes préternaturels. <b>L'altération est produite par une entité spirituelle.</b> Les crises peuvent être déclenchées et prolongées par la présence du sacré.
Ça s'améliore grâce à divers psycho médicaments et la psychothérapie.	Les symptômes ne sont résolus ni par les médicaments ni par la psychothérapie (ils peuvent même continuer à s'aggraver).

## 8. DÉPRESSION MAJEURE

Nous sommes en présence de quelqu'un avec un état d'esprit faible, à quoi s'ajoutent les auto reproches culpabilisants sur des thématiques morales ou spirituelles, parfois même avec des hallucinations auditives et des pensées délirantes, ou éventuellement avec des désirs de mort. Est-il sous l'effet d'une forme intense d'obsession ou de vexation démoniaque, ou est-ce un état dépressif ?



DÉPRESSION MAJEURE	ACTION EXTRAORDINAIRE DU DÉMON
Épisode avec un état d'esprit déprimé, avec une perte d'intérêt ou de plaisir, qui peut être confondu avec une AED s'il y a délire (par ex. de condamnation) et une pensée suicidaire.	
État d'esprit déprimé la plupart du temps, presque tous les jours, (subjectif ou observable : culpabilité, vide, inutilité, autorégression, pessimisme, etc.). Diminution importante de l'intérêt ou du plaisir pour toutes les activités la plupart du temps, presque tous les jours (comme il ressort de l'information subjective ou de l'observation). Perte importante de poids sans alimentation ni perte d'appétit Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours. Agitation ou ralentissement psychomoteur (observable).	Il peut y avoir des sentiments intenses de désespoir, d'impuissance ou de tristesse, résultant de l'action extraordinaire du démon. Mais il n'est pas imperméable à la prière et l'état s'améliore avec elle.



Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours. Sentiments d'indignité, d'inutilité ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peuvent être délirants). Diminution de la capacité de penser, de se concentrer ou de prendre des décisions presque tous les jours (subjective ou relatée).	
Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan déterminé, tentative de suicide ou plan spécifique pour le réaliser.	Il peut y avoir des gestes apparemment « automutilants » (qui sont en fait du diable envers sa victime).
Les symptômes sont à l'origine d'un malaise clinique significatif ou d'une détérioration sur le plan social, professionnel ou dans d'autres domaines importants du fonctionnement.	En dehors des épisodes de transe, peut mener une vie normale.
Les symptômes s'améliorent en quelques semaines avec les antidépresseurs et la psychothérapie.	Les symptômes ne sont résolus ni par les médicaments ni par la psychothérapie (et peuvent continuer à s'aggraver).
Absence de phénomènes préternaturels.	Présence de phénomènes préternaturels.

## 9. ÉPISODE MANIAQUE

Au contraire, si nous trouvons une personne dans un état de verbiage, d'euphorie, d'hypercitation psychomotrice, changeante, par moments agressive et même furieuse, qui donne l'impression d'être complètement folle, hors d'elle-même, et qui montre une force physique extraordinaire, est-ce une possession ou un état maniaque ?



MANIAQUE	ACTION EXTRAORDINAIRE DU DÉMON
Épisode d'expansion affective, qui imite ce qui définit populairement la possession : énergie physique excessive, disparition de la fatigue et du sommeil, désinhibition, dépenses excessives, obscénité, cris, hyperérotisation, violence. Cet épisode, s'il alterne avec d'autres épisodes de dépression, met en place un <b>trouble bipolaire</b> .	Il peut y avoir des troubles et de la violence en période de crise, mais rarement dans un esprit expansif ou euphorique.
Une période bien définie d'état d'esprit anormalement (et de façon persistante) élevé, expansif ou irritable, et une augmentation anormale et persistante de l'activité ou de l'énergie ciblée sur un objet.	
Excitation psychomotrice.	Moments d'agitation, mais en relation avec des déclencheurs spirituels (aversion pour le sacré).
Ça s'améliore avec les stabilisateurs d'humeur et les antipsychotiques sédatifs.	Ça ne s'améliore pas avec les psycho médicaments sédatifs.
Changement notoire du comportement habituel comme : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estime de soi augmentée ou sentiment de toute-puissance.</li> <li>• Diminution de la nécessité de dormir.</li> <li>• Logorrhée, pensée accélérée, penchant à la distraction.</li> <li>• Augmentation de l'activité ciblée sur un objet (social ou sexuel), ou agitation psychomotrice.</li> <li>• Comportements à risque (achats, fêtes, indiscretions sexuelles ou investissements d'argent imprudents).</li> </ul>	En dehors des périodes de crise, il n'y a pas de changement notable dans le comportement habituel. Au moment de la transe, quand le démon parle, il peut montrer une grande arrogance et orgueil : « Adore-moi, je suis ton roi ».
Détérioration importante dans le fonctionnement social ou professionnel (hospitalisation).	Mis à part les crises, il n'y a pas de détérioration du fonctionnement social ou professionnel.
Absence de phénomènes préternaturels.	Présence de phénomènes préternaturels.

## 10. TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF

Voici quelqu'un qui quelquefois fait état d'obsessions intenses et torturantes, ou pour mettre les choses au pire, dans ce cas, à thème moral ou spirituel. Il se sent « obligé » par son esprit d'exécuter ses compulsions et ses rituels, parfois il peut ressentir une véritable « expérience de possession ». Est-ce un trouble obsessionnel compulsif ou une obsession démoniaque ? (des états qui partagent le même nom, mais dont les natures sont totalement différentes).



TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF (T.O.C.)	AED : OBSESSION DÉMONIAQUE
<p>Trouble de l'anxiété, caractérisé par des obsessions et des compulsions.</p> <p>Des antécédents obsessionnels depuis l'enfance.</p>	<p>Il est souvent associé à un TOC.</p> <p>Date précise de début (contact avec l'occultisme).</p>
<p>Présence d'obsessions, de compulsions, ou des 2.</p> <p>Les <b>obsessions</b> se définissent par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensées, impulsions ou images récurrentes et persistantes qui sont éprouvées, à un moment donné pendant le trouble, comme intrusives ou non désirées, et qui dans la plupart des sujets causent une anxiété ou un malaise important.</li> <li>• Le sujet tente d'ignorer ou de supprimer ces pensées, impulsions ou images, ou de les neutraliser par d'autres pensées ou actes (c'est-à-dire en réalisant une compulsion).</li> </ul> <p>Les <b>compulsions</b> se définissent par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des comportements (p. ex., se laver les mains, ordonner, vérifier les choses) ou des actes mentaux (p. ex., prier, compter, répéter des mots en silence) répétitifs que le sujet effectue en réponse à une obsession ou selon des règles qu'il doit appliquer de manière rigide.</li> <li>• L'objectif des comportements ou actes mentaux est de prévenir ou de diminuer l'anxiété ou le malaise, ou d'éviter un événement ou une situation redoutée ; cependant, ces comportements ou actes mentaux ne sont pas reliés de manière réaliste à ceux qui sont destinés à neutraliser ou à prévenir, ou bien sont manifestement excessifs.</li> </ul>	<p>Obsession démoniaque : invasion de pensées et de désirs négatifs et pécheurs, de sentiments de fatigue psychique, de méfiance, de découragement et même de désespoir, d'impulsions autodestructrices, sacrilèges, voire suicidaires. Il y a des peurs, de la panique, des cauchemars nocturnes.</p> <p>Il ne doit pas y avoir de compulsions.</p> <p>Le sujet a l'impression de devenir fou. Parfois, les obsessions cherchent à le convaincre de faire un pacte avec le diable, de profaner l'Eucharistie, de se sentir déjà condamné ou de se suicider. Il peut avoir des sensations d'être déjà mort, d'avoir une odeur répugnante. Il y a souvent un blocage pour la prière, ou même une haine pour tout ce qui est sacré, sans motivation.</p> <p>Il y a présence de phénomènes préternaturels.</p>
<p>Les thématiques ne se limitent pas au spirituel, (serrures, gaz, contagions, nombres, etc.).</p>	<p>Les thèmes se limitent généralement au spirituel.</p>
<p>Les obsessions ou les compulsions prennent beaucoup de temps (par ex. elles prennent plus d'une heure par jour) ou provoquent des troubles cliniques.</p>	
<p>Amélioration avec les médicaments anxiolytiques ou antidépresseurs. Aucun changement avec l'exorcisme.</p>	<p>Les médicaments ne résolvent pas les symptômes. Amélioration avec la prière de libération ou l'exorcisme.</p>

### 11. TROUBLE DE GILLES DE LA TOURETTE

Une personne raconte une situation semblable à celle du tableau précédent, à laquelle s'ajoutent des tics : elle ne peut s'empêcher de renifler, de faire des gestes obscènes, de grimacer, de dire des mots obscènes, d'émettre des grognements, parfois même devant des objets sacrés. C'est un Gilles de la Tourette ou un possédé ?



TROUBLE DE GILLES DE LA TOURETTE	A. E. D. : OBSESSION DEMONIAQUE
Troubles des tics moteurs multiples et un ou plusieurs tics vocaux, qui ont commencé dans l'enfance et peuvent être intermittents, mais ils sont persistants. Les tics sont des vocalisations ou des mouvements soudains, rapides, récurrents, non rythmiques.	Le commencement est en relation avec l'occultisme.
Tics moteurs (sauter, renifler, frapper, se blottir, faire des gestes obscènes, grimaces).	
Émission compulsive de mots obscènes, toux, grognements, bruits rauques, aboiement, gémissement, sifflement, claquement de la langue, émission de sons inarticulés). Symptômes obsessionnels compulsifs. Tous augmentent avec l'anxiété (ils ne se limitent pas aux moments d'exposition au sacré).	Les grimaces, les bruits, les mouvements, les obscénités se limitent à l'exposition au sacré.
Absence de phénomènes préternaturels.	Présence de phénomènes préternaturels.

### 12. TROUBLE FACTICE

Falsification de signes ou de symptômes physiques ou psychologiques, ou induction d'une blessure ou d'une maladie, associée à une tromperie identifiée. Contrairement à la suggestion d'un trouble hystérique ou d'un délire psychotique, la personne sait qu'elle ment et le fait pour un bénéfice secondaire (soins familiaux, congé, évitement d'une responsabilité, problème légal, etc.).



TROUBLE FACTICE	ACTION EXTRAORDINAIRE DU DÉMON
L'individu se présente lui-même devant les autres comme malade, handicapé ou blessé. Le comportement trompeur est évident même en l'absence d'une récompense extérieure claire.	
Le comportement ne s'explique pas mieux par un autre trouble mental, comme un trouble délirant ou un autre trouble psychotique.	
Absence de phénomènes préternaturels.	Présence de phénomènes préternaturels objectifs (diverses preuves avec des objets bénis ou sacrés, sans connaissance de la personne).

## Deux exemples pour montrer l'utilisation du guide

### 1) « Laura »

Une femme de 37 ans est amenée par sa famille, principalement par sa belle-sœur, une femme de grande foi. Depuis 6 ans, elle a l'impression d'avoir tout son corps attaché, comme s'il y avait un poids énorme sur elle. Depuis qu'ils ont acheté la nouvelle maison, elle a commencé à ressentir un malaise dans cette maison, à se sentir observée. Puis elle a commencé à voir une ombre, comme une personne. Elle voyait des gens qui la regardaient par les fenêtres. Ou elle voyait comme une veillée funèbre de la personne qui avait vécu là et qui faisait des « réunions Tao ». Elle pensait qu'elle devenait folle. Elle ne mangeait plus, elle a perdu du poids. Elle a commencé à ne plus vouloir vivre et a pensé à se jeter sous un train. Elle a été soignée par des psychiatres qui lui ont diagnostiqué une **dépression** et lui ont donné des médicaments, mais les médicaments n'ont pas fait effet. Elle était sous sédatifs et il y a 2 ans, elle a arrêté. Dans la maison où ils vivaient, il y avait aussi des umbandistes (un culte afro-brésilien). Laura et sa famille ont déménagé et cela s'est amélioré. Ceux qui ont loué l'ancienne maison, se sont sentis mal et ont dû quitter la maison.

Elle a aussi des crises d'épilepsie, mais à FLENI, un prestigieux centre de neurologie, ils ont totalement exclu l'épilepsie.

Le psychiatre qui l'a vue a dit qu'elle avait « **dépression et stress** » et l'a dosée selon ces diagnostics. En toute logique, un psychiatre pourrait dire qu'il s'agit d'une **dépression majeure, avec des traits psychotiques** (délire de persécution et hallucinations). Mais la belle-sœur (assistante assidue à la messe du Renouveau charismatique) remarqua que Laura ne pouvait ni prier, ni entrer dans une église, ni être présente à une messe, même quand elle essayait, et la conduisit à un prêtre connu, de grand charisme, qui fait des messes et des retraites de guérison. Quand elle fut près du Saint-Sacrement à la messe, Laura posa les mains en avant et dit « *non ! Non ! non, non, non !* ». Après la messe, le prêtre leur a recommandé de voir un exorciste et leur a donné les coordonnées pour le contacter.

Dès qu'elle se tint devant l'exorciste, Laura baissa les yeux (elle ne pouvait le regarder de face, même si elle le voulait), elle déclara que son corps lui faisait mal, qu'elle ressentait toujours comme un poids lorsqu'elle s'approchait d'une église. Elle est entrée en transe et a dit avec une voix masculine : « *Ils ne pourront pas avec moi !* » Elle a commencé à recevoir des exorcismes, et a amélioré son fonctionnement dans sa vie quotidienne. Chaque fois qu'elle vient à la prière, à l'approche de l'église, elle commence à entrer en transe, elle résiste, et il faut deux ou trois membres de sa famille et quatre autres personnes pour la forcer à entrer et la tenir sur le brancard. Au cours de la prière, elle montre une grande colère et une grande force, même en blessant les auxiliaires avec ses ongles, mais une fois terminée, elle revient à elle et prend congé fatiguée, calme, aimable et reconnaissante.

Si l'on compare la dépression à l'AED, on constate que :

- La dépression n'explique pas ces trances dans lesquelles se fait entendre une voix qui ne lui est pas propre, ni sa résistance et son malaise pour entrer dans une église, quand elle désire le faire.
- Les trances ne se déclenchent qu'en présence du sacré.
- Ça ne s'est pas amélioré avec les antidépresseurs et les antipsychotiques.
- Ça s'est beaucoup amélioré avec les prières d'exorcisme.

### 2) « Marina »

Une jeune fille de 28 ans, célibataire, était sur le point de se marier et quand elle entra dans une église pour demander une date de mariage, elle commença à se sentir mal et à trembler. Dans cette paroisse, des messes charismatiques sont célébrées. Elle a été invitée à un groupe de prière. Pendant les réunions de prière du groupe, il tombait par terre et pleurait beaucoup. À d'autres moments, elle vomissait. Puis elle a commencé à subir la même chose à la messe. Un diacre a commencé à prier pour sa libération. Quand elle

était devant le Saint Sacrement exposé, elle tombait comme si elle dormait, elle parlait pendant qu'elle était dans cet état, elle tremblait, elle menaçait. Pendant la transe, elle entend et voit tout ce qui se passe, mais elle ne peut pas l'empêcher. Elle sait des choses qu'elle ne pourrait pas savoir.

Tout a commencé un jour où elle se baignait, et il est sorti comme des plumes rouges de sa tête. Et depuis, des plumes noires. C'est à partir de là que tous ces problèmes ont commencé.

La famille du marié n'est pas d'accord pour que son fils l'épouse. Ils lui ont rendu visite dans son appartement pour la soigner (spirituellement) et lui ont apporté une « nourriture spéciale pour elle ». De plus, face à cette affaire, ils lui ont souvent laissé des travaux de sorcellerie. Elle a annulé le mariage, a commencé à réciter le Rosaire et les couronnes à Saint Michel Archange, et cela s'est amélioré.

Quand elle est face à l'exorciste, elle entre en transe, s'étale sur un fauteuil et a une voix sensuelle envers l'exorciste avec des attitudes moqueuses et provocatrices. Quand celui-ci lui ordonne de dire son nom, il dit « astarot », « La Bête » et « Lucifer ». Aspergé d'eau exorcisée, il crie de douleur : « *Il me brûle !* » Quand l'exorciste prie, la voix le défie : « *Je suis fort* », « *Je n'ai pas peur de toi* », « *tais-toi* », « *traite-moi avec respect, je suis dieu* », « *Elle est à moi, on me l'a offerte* », « *Je ne partirai pas, tu entends ?* ».

On peut voir que ça pourrait ressembler à **un trouble histrionique, avec des traits de trouble de conversion**, comme le dit un rapport psychologique qu'elle a apporté, ou même un **trouble dissociatif de l'identité**, mais :

- En dehors de la crise, elle n'impressionne pas comme une personne théâtrale, avec une émotivité excessive, ni même avec la « belle indifférence » ; elle ne cherche à attirer l'attention sur son apparence physique. Elle ne semble ni suggestible ni trop confiante.
- Pas de détérioration sociale, ni professionnelle.
- En dehors des moments de crise, elle mène une vie normale.
- Il n'y a pas de troubles fonctionnels de type neurologique, sauf pendant les crises (chute, somnolence, tremblement, qui commencent et finissent brusquement, seulement dans les situations de prière).
- Les signes et les symptômes ne se produisent qu'en présence du sacré.
- On observe l'irruption d'une identité étrangère (sans points de contact avec l'identité habituelle de Marina), qui contrôle ses actions et sa voix, sans le consentement de sa volonté, bien qu'elle maintienne la conscience et la perception.
- Il y a une date précise de début, liée au contact avec l'occultisme. Il n'y a pas d'antécédents de troubles psychiques pendant l'enfance et l'adolescence.

## Conclusion

Au cours des huit dernières années, j'ai cherché intensément des réponses à la multitude de questions qui m'ont été posées tout au long de mon travail en tant que psychiatre consultant de l'équipe d'auxiliaires. Mais pour chaque réponse que je rencontre, de nouvelles questions se posent toujours : « *Quelle est la relation entre le mal et l'influence démoniaque ? Cet état stupéfiant peut-il être causé par l'action d'une malédiction ? Comment savoir jusqu'à quel point quelque chose est un trait psychopathologique de la personnalité ou une conséquence de l'action maléfique ? Lorsqu'une personne affectée, en dehors de l'état de transe, maltraite l'exorciste : est-ce la personne affectée par elle-même qui le fait ou est-ce un effet de la possession dont elle souffre ? Comment le démon peut-il utiliser la pathologie préexistante ? Quelle est l'influence de la culture ou de la personnalité de la personne concernée sur le mode de manifestation du démon ? Pourquoi tant de personnes atteintes ont-elles des antécédents de capacités divinatoires ou de visions depuis l'enfance ? Comment les personnes touchées peuvent-elles contrôler les manifestations démoniaques ?* » etc., etc. Dans ce domaine de coexistence si étroite avec le mystère, il n'est pas si facile de trouver des réponses vraies et fondées.

Je voudrais que d'autres collègues puissent s'approcher pour collaborer avec des exorcistes, de sorte qu'une personne touchée par l'action extraordinaire du démon ne soit jamais internée dans un hôpital psychiatrique avec une étiquette de malade mentale ; ni qu'un patient malade mental qui a un délire mystique reçoive à tort des exorcismes qui aggravent psychiquement son état. Cette tâche profitera non seulement aux personnes touchées, mais aussi aux exorcistes et au ministère de l'exorcisme en général, tout en collaborant à l'action évangélisatrice de l'Eglise.

Je pense que le professionnel de santé mentale qui se sent appelé à collaborer avec ce ministère, et qui accepte de le faire, a aussi besoin d'être (citant le Rituel) « *spécialement préparé pour cet office* ». Et **cette préparation complexe, jusqu'à présent, est une tâche solitaire et semée d'embûches, et il ne devrait pas en être ainsi.**

J'ai été heureux de retrouver dans une note journalistique les opinions du Dr. Walter Cascioli que je cite (traduites) ci-dessous : « *Entre les médiums et le spirituel, il y a un no man's land. Il n'existe pas encore d'école de formation au niveau universitaire. Il manque une approche interdisciplinaire dans laquelle les sciences humaines rencontrent les sciences religieuses, et la psychiatrie avec la démonologie et l'exorcisme. Pour comprendre la dynamique de l'esprit, il faut une formation personnelle dans des **cours spécifiques** dans les Universités pontificales. Il convient de promouvoir une plus grande collaboration entre les experts en médecine et en psychiatrie qui soient compétents également dans les réalités spirituelles* ».

Je sais que c'est une idée ambitieuse, mais je suis totalement d'accord avec ça. Au début de la conférence, j'ai évoqué le manque d'informations techniques et sérieuses. Les rares fois où des collègues m'ont demandé une bibliographie spécifique, je n'ai pu leur donner que les notes que j'ai écrites ces dernières années. Les livres et les conférences que j'ai trouvés les plus utiles n'étaient même pas en espagnol. Je voudrais revenir sur ce point maintenant, car je pense également que l'Association Internationale des Exorcistes peut jouer un rôle très important à cet égard, à travers trois actions fondamentales :

**1) En mettant en lien les collègues de santé mentale qui travaillent dans ce ministère dans diverses parties du monde**, en les encourageant à se connaître, à échanger des expériences et à s'entraider dans leur formation, (par exemple en organisant des réunions de collègues à l'occasion des congrès de l'AIE).

**2) En organisant une instance de formation spécifique pour les professionnels de la santé mentale qui souhaitent collaborer avec le ministère de l'exorcisme** (sous forme de **cours** ou de **journées de formation**). Je sais que certains collègues font déjà ça, et je pense que ça a de la valeur.

**3) En encourageant la publication d'une bibliographie sur le discernement entre A.E.D. et psychopathologie**, en plusieurs langues, pour qu'elle puisse tomber entre les mains de ces professionnels qui sont dans les coins les plus éloignés et qui n'ont pas la possibilité de participer à un congrès comme celui-ci.

Ces actions seraient très importantes pour nous préparer, nous les psychothérapeutes, les psychiatres et les psychologues à la tâche délicate de collaborer avec vous, exorcistes, dans l'œuvre précieuse et nécessaire que le Christ a mandatée à travers l'accompagnement et l'intervention en faveur de nos frères blessés par l'action cruelle du Malin.

Je vous remercie beaucoup.

Dr. Héctor de Ezcurra  
Équipe de la Pastorale de la Consolation  
Diocèses de San Isidro (Argentine)  
E-Mail : [hectorezcurra@gmail.com](mailto:hectorezcurra@gmail.com)

---

## Bibliographie

- *»Possessione diaboliche ed esorcismo «*, P. Francesco Bamonte, Paoline, Milano, 2006.
- *« Diario di un exorcista »*, René Chenesseau, Nova Millennium Romae, Roma, 2007.
- *« Diabolical Possession and Exorcism »*, P. Francesco Bamonte, Bertie-John (Nig.) Printers, Lagos, 2008.
- *« Ecco, io vedo i cieli aperti... »*, P. Raffaele Talmelli, Edizioni OCD, Roma, 2010.
- *« Il diavolo – Riconoscere la sua seduzione, difendersi dai suoi attacchi »*, P. R. Talmelli, Mondadori, Milano, 2014.
- *« El maleficio en su realidad y fundamento diabólico »*, Conferencia del P. Gabriele Nanni, V Congreso Nacional de Exorcistas, CEAM, México, septiembre 2011.
- *« Influencias demoníacas : Infestación, Opresión, Vejación, Obsesión y Posesión demoníaca »*, Conferencia del P. Gabriele Nanni, V Congreso Nacional de Exorcistas, CEAM, México, septiembre 2011.
- *« Aspetti Medici »*, Clase del Dr. Francesco Cecere, Curso « Esorcismo e preghiera di liberazione », Ateneo Pontificio Regina Apostolorum, Roma, 7/mayo/2014.
- *« Esorcistica e Psichiatria a confronto, Modalità di dialogo. Problemi interpretativi di diagnosi differenziale »*, Conferencia del Dr. Valter Cascioli, Octubre 2014.
- *« Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM V »*, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.
- *« Psiquiatría y posesión diabólica »*, Prof. Dr. Aquilino Polaino-Lorente, Catedrático de Psicopatología de la Universidad Complutense de Madrid.
- *« El diablo existe. ¡Yo lo encontré ! »*, Fray Benigno, Ediciones Paulinas, México, 2011.
- *« Compendio de Teología Ascética y Mística »*, P. Adolphe Tanquerey, Editorial Desclee, Madrid, 1930.
- *Nuevo Ritual de Exorcismos – De Exorcismis et Supplicationibus Quibusdam.*
- Exhortación Apostólica *Gaudete Et Exsultate*, del Santo Padre Francisco, Conferencia Episcopal Argentina, Oficina del Libro, Buenos Aires, 2018.

Traduction de l'original espagnol : Dominique Auzenet, vérifiée pour les aspects médicaux par : Dominique Le Cunff.  
Août 2019.