

Deuxième partie

La lumière de la foi dans l'univers de la dépression

MASSIMO ALIVERTI

1. L'histoire de la dépression

Il paraît que le médecin grec Hippocrate, qui a vécu entre les 5^{ème} et 4^{ème} siècles av. J.C., s'est rendu un jour au domicile du philosophe Démocrite, dont les amis trouvaient qu'il donnait des signes de déséquilibre mental, car ils le trouvaient occupé à pratiquer des dissections sur les animaux et à en examiner les viscères. À cette occasion, le philosophe grec, comme s'il avait voulu justifier son comportement, aurait dit au médecin que lui aussi nourrissait un certain intérêt pour la nature et pour les causes de la folie; il aurait aussi ajouté que, voulant écrire sur la question, il avait disséqué ces animaux non pas par mépris des dieux, mais pour rechercher le siège et la nature de la bile à l'excès de laquelle on attribuait communément la cause de la folie.

À l'époque d'Hippocrate, la bile, aussi bien la jaune que la noire, était considérée communément comme liée aux anomalies du comportement: elle permettait par exemple de reconnaître les tempéraments coléreux et les tempéraments mélancoliques selon que l'un ou l'autre liquide était plus abondant. Du reste, la bile, tant la jaune que la noire, était alors considérée aussi bien que le sang et le flegme, comme l'une des humeurs de base de l'organisme humain, capables d'assurer, aussi longtemps que régnait entre eux

un parfait équilibre et l'harmonie, la santé physique et psychique de l'individu.

En particulier, la bile noire (en grec *μελαγκολια*) était décrite comme un liquide dense, froid, sombre et irritant; on pensait qu'elle avait son siège dans la rate et qu'elle devait se produire aussi par évaporation de la composante aqueuse des autres humeurs. Elle était considérée comme semblable à la terre, elle aussi sèche et froide; elle était aussi mise en relation avec l'automne et avec l'âge présénile. Lorsqu'elle avait pris le dessus sur les autres liquides, la bile noire pouvait sortir de son siège naturel, s'enflammer, se corrompre et finalement obscurcir l'esprit. La mélancolie, s'étant ainsi produite par excès et altération d'une humeur corporelle, présentait surtout des symptômes psychiques tels que tristesse, crainte, inappétence, troubles du sommeil, hallucinations et délires.

Pour Hippocrate, la cure de la mélancolie consistait à remettre l'humeur en excès en équilibre harmonieux avec les trois autres humeurs organiques; pour cela, il conseillait un régime hygiénique et diététique adapté, en relation indispensable, surtout pour les malades peu coopératifs, avec la prise de médicaments (comme l'ellébore et la mandragore) car celles-ci, en raison de leurs qualités purgatives et

émétiques, pouvait éliminer l'excès de bile noire. Ces herbes étaient habituellement recueillies par les *ρίζοτομοι* avec des précautions particulières et rituelles, en raison des qualités symboliques qui leur étaient attribuées unanimement.

De toutes façons, à l'époque posthippocratique, on utilisa aussi d'autres substances végétales pour soigner la mélancolie; ainsi, par exemple, Chrisippe de Cnide recommandait le chou-fleur, Philistion et Plistonicos recommandaient le basilic, Philagius prescrivait une potion à base de gingembre, poivre, épithème et miel.

Disciple de Platon (427-347 av. J.C.) qui avait considéré certaines formes de folie comme un don des dieux, Aristote (384-322 av. J.C.) associa la mélancolie au génie, soutenant qu'un excès de bile noire pouvait aider les artistes, les philosophes et aussi les hommes politiques à exceller dans leur domaine. De plus, pour Aristote, le cœur, principal centre vital et siège du *sensorium commune*, envoyait des vapeurs très chaudes qu'il produisait vers le cerveau et celui-ci s'activait à les refroidir et à les condenser; ainsi, l'activité du cœur pouvait à son tour être rafraîchie et comblée,

À Alexandrie, à l'époque hellénique, Hérophile et Hérosistrate, experts en anatomie, redonnèrent

de l'importance au cerveau en y situant les fonctions de l'intelligence. Hérosistrate en particulier se serait aussi occupé de mélancolie, en en diagnostiquant avec succès une forme "amoureuse" chez le prince Antiochus, tombé amoureux de la seconde femme de son père; les soins, en ce cas, auraient consisté en la réalisation de l'objet de l'amour, comme cela se réalisa dans les faits avec l'accord du père invité à cette solution par le médecin.



À Rome, au premier siècle av. J.C., Asclépiade de Bithynie, en opposition avec la doctrine des humeurs et partisan de la théorie du solide, prescrivait aux personnes touchées par la mélancolie divers types de bains, régimes, cadres bien éclairés; il conseillait aussi d'avoir en présence de ces patients des attitudes rassurantes et encourageantes. À la même époque, l'encyclopédiste Aulus Cornelius Celse, dans son "De Medicina", décrivait certains soins en usage contre l'insomnie des malades de mélancolie: applications sur le tête d'onguents à base de safran et d'iris, placement sous les oreilles de fruits de mandragore, potions de décoctions de pavot ou de jusquiame, administration de ventouses scarifiantes à la nuque.

Sénèque, philosophe ayant vécu à cheval sur le premier siècle avant et le premier siècle après le Christ, donne une description soignée de la dépression et il donne à ceux qui en

souffraient des conseils sous forme d'encouragements et de consolations.

Au cours du premier siècle de notre ère, Rufus d'Ephèse s'est intéressé à la mélancolie qu'il a décrite et subdivisée en divers types caractérisés par les différentes localisations et actions de la bile, en en décrivant aussi d'autres formes délirantes. Pour ce qui concerne les thérapies, il donnait des règles hygiéniques et diététiques, la saignée, la purge à base de cuscute et d'aloès.

Soranus d'Ephèse, qui a vécu aux premier et second siècles après le Christ, s'est lui aussi occupé de la mélancolie: suivant la doctrine du solide, il l'attribuait à un resserrement des fibres constituant le corps humain. Il a décrit les principaux symptômes de la maladie: tristesse silencieuse avec pleurs non justifiés, angoisses, états de prostration, troubles gastriques, animosité envers les parents. À titre de soins, il conseillait surtout des cataplasmes à appliquer dans la région épigastrique ou sur le dos au niveau des omoplates; il ne négligeait pas non plus les prescriptions de type psychologico-comportemental: il conseillait à la famille de faire assister le malade à des comédies joyeuses, de l'occuper à des passe-temps qui tiendraient son esprit en éveil, de témoigner de l'intérêt et de l'admiration pour ce qu'il réussissait à faire.

Arétée de Cappadoce, qui a vécu au deuxième siècle de notre ère, s'est intéressé à la mélancolie en diverses occasions: pour la soigner; il prescrivait des médicaments purgatifs et cholagogues; il conseillait aussi des bains dans de l'eau contenant entre autres les substances suivantes: bitume, soufre et alun. Arétée envisageait la possibilité qu'il y ait une prédisposition constitutionnelle à la dépression et que l'état de mélancolie constituait l'extension pathologique d'une condition psychologique normale; il affirmait aussi que cette maladie pouvait guérir complètement ou se représenter encore après plusieurs années.

Claude Galenos (130-200 ap. J.C.), fervent tenant de la doctrine des humeurs, attribua la dépression à l'excès de bile noire, en en distinguant trois types. Le premier était

dû à la localisation principalement encéphalique de la bile; le second, par contre, était dû à la diffusion de cette humeur par le sang dans l'organisme, encéphale compris; le troisième, enfin, était provoqué par l'engorgement de cette même humeur dans la région hypocondriaque avec production d'émanations toxiques capables de remonter jusqu'à l'encéphale et d'exercer sur lui une influence. Il a décrit la tristesse, l'anxiété et aussi les pensées délirantes des mélancoliques (un patient avait imaginé par exemple qu'il était couvert de coquilles et avait peur que les passants ne le brisent, un autre craignait qu'Atlas, las de porter le monde sur ses épaules, ne le laisse retomber sur lui, faisant ainsi périr tout le monde). Il conseillait aux malades un régime hygiénico-diététique: celui-ci devait éviter, par exemple, les aliments qui rappelleraient le noir et l'âcreté de la bile. Il prescrivait des remèdes comme par exemple un mélange de plantain, de mandragore, de fleurs de tilleul et d'opium.

Les auteurs qui ont vécu dans la période qui suivit immédiatement celle de Galénos (comme Oribaste de Pergame, Alexandre de Tralle ou Paul d'Égine) ne s'écartèrent pas de la théorie générale d'Hippocrate et Galénos dans l'interprétation et le traitement des perturbations dues à la dépression.

Les Pères de l'Église acceptèrent en règle générale le système de Galénos, mais ils manifestèrent fréquemment la tendance à considérer les symptômes dépressifs non pas comme une maladie (la mélancolie, imputable à des causes organiques et pouvant être traitée par une cure médicale), mais comme un péché (la paresse, imputable à des tentations du démon et devant être combattue par des pratiques religieuses). Ainsi, saint Cassien décrit chez les moines un état favorisé par l'existence solitaire, caractérisé par la tristesse et par l'inquiétude qui les rendait oisifs et incapables de remplir leurs devoirs. En ce cas, la cure la plus adaptée pouvait être un acte de pénitence ou une punition correctrice. De toute manière, pour prévenir ce péché de paresse, on conseillait de chasser l'oisiveté par le travail, surtout par des activités exigeant davantage d'engagement

et d'effort. Du reste, la mélancolie, qui donnait fréquemment l'impression de haïr la vie elle-même et de se méfier de la miséricorde divine, reflétait une attitude sûrement répréhensible pour tout bon chrétien. Et puis, la personne déprimée, absorbée par ses craintes et ses délires, semblait parfois avoir perdu toute sa raison, ce don divin qui fait la différence entre l'homme et la bête; cette situation pouvait facilement être interprétée comme un signe de la réprobation divine, en raison de son lien avec la condition de pécheur.

À l'époque de l'apogée de la civilisation arabe (derniers siècles du premier millénaire et premiers siècles du deuxième millénaire de l'ère chrétienne) les médecins arabes s'occupèrent eux aussi de la dépression, influencés en général par la doctrine d'Hippocrate et de Galénos, Najab ed din Unhammad (qui a vécu entre les neuvième et le dixième siècles) décrit en particulier une forme caractérisée par le comportement taciturne et agité, avec des insomnies et de l'antipathie envers ses semblables; il décrit aussi une deuxième forme marquée par la tristesse et l'anxiété; dans les deux cas, il prescrivait des règles d'hygiène et diététiques, des bains et parfois des saignées. Avicenne (qui a vécu entre les dixième et onzième siècles) s'opposa à l'opinion qui voulait que les symptômes de la dépression dérivent de l'influence des démons, retenant qu'il s'agissait d'une maladie à soigner par des moyens médicaux (à ces patients, il prescrivait par exemple l'hypericum). Du reste, l'historien arabe Usama ibn Munqidh, qui a vécu au treizième siècle, raconte la dispute entre un médecin franc et un médecin arabe à propos du cas d'une femme atteinte de "consommation"; l'un en aurait donné une interprétation purement organique en recourant à des prescriptions diététiques, l'autre, par contre, en aurait donné une interprétation démoniaque en recourant à des pratiques d'exorcisme.

Constantin l'Africain, qui a vécu au onzième siècle entre l'Afrique et l'Italie, est l'auteur du traité "De melancolia", un des premiers textes médicaux entièrement consacrés à la dépression; c'est sur lui que se basait la tradition gréco-romaine,

avec les apports des autorités arabes. Les symptômes de la maladie y sont soigneusement décrits, ainsi que les diverses formes cliniques et leurs diverses causes; on passe ensuite à la présentation du traitement, essentiellement basé sur l'hygiène et la diététique (concernant: la situation climatique ambiante, l'alimentation, l'équilibre entre rétention et expulsion des matières organiques, l'activité physique, le rythme sommeil-veille, la sphère émotive-passionnelle). Il étudiait aussi les thérapies pharmacologiques, généralement à base de purgatifs et de produits faisant transpirer, pour éliminer rapidement et dans la plus grande proportion possible la bile responsable du cadre maladif; on cite, parmi ces remèdes: l'ellébore, la scammonée, la coloquinte, la rhubarbe, le thym, le safran, l'ambiante et la pistache.

Sainte Hildegarde, abbesse du monastère de Bingen, en Allemagne, qui a vécu au douzième siècle, notait que la dépression était en lien étroit avec le péché originel et directement provoquée par le démon. Contre cette situation, elle conseillait des remèdes considérés comme des expressions de la bienveillance divine, tirées des trois règnes de la nature (par exemple, une préparation dans laquelle on mélangeait du sang, de la mauve, de l'huile d'olive et du vinaigre).

Dans l'Europe du Moyen-âge, l'apogée dans les soins des maladies aussi bien psychiques qu'organiques fut atteint par des recettes qui vantaient les vertus de santé prodigieuses qui dérivait de la rareté ou du caractère précieux des ingrédients. On utilisait souvent des remèdes ou des pratiques thérapeutiques qui tiraient leur bon renom du fait qu'ils faisaient référence à des médecins célèbres du passé ou bien à des saints protecteurs d'une maladie particulière; parfois aussi, les remèdes étaient prescrits sur la base de croyances magiques ou pour leur lien avec des influences astrales supposées.

Pendant la Renaissance, on commença à voir la condition dépressive d'un regard différent de celui du Moyen-âge. Le philosophe Marsilio Ficino (1433-1499), en particulier, comme du reste l'avait déjà soutenu Aristote, définit le tempérament mélancolique et les accès

de dépression comme une caractéristique des hommes de génie, compétents dans les arts, dans les sciences et dans la politique. Selon Ficino et le cercle néoplatinicien qui lui était lié, le dépressif était associé dès sa naissance à Saturne, planète ambivalente, capable aussi bien d'assurer le génie et la créativité que de provoquer l'inertie et l'hébétéude. Depuis un certain temps déjà, l'astrologie avait soutenu que les différents astres influençaient la vie de ceux qui naissaient sous leur signe; ainsi ceux qui étaient nés sous le signe de Jupiter étaient des sanguins, sous Mars, des coléreux, sous Saturne, des mélancoliques. Jusqu'à la Renaissance, cependant, les artistes et les lettrés étaient associés à Mercure, planète au mouvement rapide et divinité protectrice du trafic, du commerce et des sciences; ceux qui étaient nés sous ce signe étaient tenus pour industriels et consacrés aux études. À partir de cette époque, par contre, le tempérament saturnin supplanta graduellement le tempérament mercurial comme prérogative du génie créateur et novateur; en même temps, les artistes commencèrent à mettre en évidence ou en valeur les aspects mélancoliques de leur caractère, qui constituaient une sorte de garantie de leur caractère de génie. Avec une sorte de manuel d'hygiène à l'usage des lettrés ("*De vita triplici*", 1489), Ficino fut prodigue en conseils pour surmonter les effets malins de Saturne: suivre des règles d'hygiène et de diététique, cultiver la musique, gagner les bonnes grâces de la planète Jupiter de manière à joindre la "jovialité" à la mélancolie de fond de l'artiste.

Le médecin français Jean Fernel (1486-1557), dans sa classification des maladies mentales, distingue trois types de mélancolie: une forme triste, une forme avec lycanthropie et une forme avec excitation (manie); il a aussi fait entrer dans la mélancolie, qu'il imputait à un endommagement de la substance cérébrale, les délires de persécution sans fièvre et sans agitation.

Johannes Weyer (1515-1588), natif du Brabant, considérait la mélancolie comme la principale affection dont souffraient les personnes accusées de sorcellerie. Pour ce

médecin, beaucoup de ces histoires que racontaient les dites sorcières étaient probablement le fruit de leur imagination perturbée beaucoup plus que de l'intervention effective du démon. Il était donc recommandé de les faire d'abord voir par un médecin ou par un prêtre.

André du Laurens, qui a vécu du milieu du 16^{ème} siècle à la première décennie du 17^{ème}, a écrit un "Discours des maladies mélancoliques" (1599) et il a prescrit essentiellement aux malades des règles d'hygiène et de diététique. Il conseillait en particulier l'inhalation de diverses essences odoriférantes et aussi la contemplation de couleurs vives; il recommandait en outre les compagnies et les occupations plaisantes; il ne négligeait pas



non plus les médicaments habituellement d'origine végétale.

Timothy Bright (1551-1617) a publié en 1586 "A Treatise of Melancholie" dans lequel il soutenait la séparation entre une forme organique imputable à la bile et une forme psychique imputable à des angoisses spirituelles; pour la première, il conseillait surtout des traitements diététiques et pharmacologiques, pour la deuxième, des activités religieuses et psychologiques.

Robert Burton (1577-1640) publia en 1621 le célèbre traité "Anatomy of Melancholie" dans lequel il fait référence aux publications précédentes sur la question; il décrit les symptômes, les expressions

et les soins de la maladie. Le livre souligne en particulier le comportement suicidaire possible et décrit les nombreuses idées délirantes à fond dépressif (par exemple, la conviction d'être fragile comme du verre, lourd comme du plomb, léger comme une plume, inflammable comme de la paille, etc). Parmi les substances d'origine végétale que conseillait Burton, on peut relever le taraxacum, le frêne, le saule, le tamarin, le pavot et l'hypericum; le livre rapportait aussi des prescriptions de type magique comme celui de porter un anneau tiré de la patte antérieure d'un âne.

Pour montrer l'intérêt que les auteurs et le public attachaient à la grande variété des symptômes pouvant être reliés à la dépression, on peut citer aussi certaines œuvres: "Maladie d'amour ou mélancolie érotique" du français Jacques Ferland, "Dignitio et cura affectuum melancholicorum" (1622) de l'espagnol Alphonso de Santa Cruz et enfin "Dissertation medica de nostalgia" du suisse Johannes Hofer,

Aux 17 et 18^{ème} siècles, parurent certaines interprétations des symptômes dépressifs qui se discutaient au sujet de l'attribution traditionnelle de la responsabilité de la bile noire. Thomas Willis (1621-1675), sous l'influence des attributions médico-chimiques, mettait en cause, pour la genèse de la mélancolie, un excès de salinité du sang capable d'altérer la conformation même du cerveau. Thomas Sydenham (1624-1689) soulignait, dans l'hypocondrie, la faiblesse du sang que l'on fortifiait par les médicaments adéquats, particulièrement à base de fer. Hermann Boerhaave (1668-1738), suivant les théories médico-mécaniques, mettait en cause une augmentation des composantes huileuses du sang avec la réduction de l'apport de sang au cerveau et l'appauvrissement des sécrétions nerveuses. Frédéric Hoffmann (1660-1742) attribuait la mélancolie à un spasme de la dure mère avec difficulté pour la circulation du sang dans le cerveau. George Cheyne, dans son livre "The English Malady" s'arrête par contre aux causes environnementales de l'hypocondrie dépressive (en particulier le climat des Iles Britanniques, humide et pesant, et aussi le rythme de vie dans les grandes

villes).

Cependant, vers la fin du 18^{ème} siècle, la bile noire gardait encore une certaine importance dans l'interprétation des symptômes de la dépression. Ainsi, Anne-Charles Lorry (1726-1783) distinguait la "mélancolie humorale" (caractérisée par des troubles digestifs, dus à l'excès de bile pouvant être traité par les produits évacuants) de la "Mélancolie nerveuse" (caractérisée par des phénomènes convulsifs, dus à la tension des fibres constituant l'organisme et pouvant être traités par des antispasmodiques) et Pierre-Jean Georges Cabanis (1757-1808) soutenait l'existence d'un "tempérament mélancolique" centré sur le système hépatique, terrain favorable à la naissance de la maladie dépressive.

Philippe Pinel (1745-1826) considérait la mélancolie comme une idée exclusive (monomanie) consistant en une fausse interprétation du malade sur l'état de son corps qu'il estimait à tort être en danger. Jean-Etienne Dominique Esquirolle (1772-1840) forgea pour la dépression le terme de "lipomanie", définie comme une "monomanie caractérisée par un délire partiel et par une passion triste et oppressive" détachant ainsi la maladie de toute référence à la bile noire.

Les aliénistes des premières décennies du 19^{ème} siècle, sous l'influence de la "psychiatrie romantique" qui attribuait à un déséquilibre de l'âme toutes les maladies mentales, eurent aussi recours pour soigner la dépression à ce qu'on appelle le "traitement mental", consistant dans un essai de mettre en évidence et de faire disparaître par un traitement pédagogique le noyau délirant repéré chez le patient. On utilisait par exemple la méthode de la "fraude pieuse" (le thérapeute gagnait la confiance du patient en faisant d'abord semblant de partager ses convictions pour mieux les corriger par la suite); sinon on procurait au malade des sensations agréables, en alternance avec des sensations désagréables, pour que les premières soient ainsi mises en valeur par rapport aux autres; ou bien on cherchait à provoquer, au cours de ces dernières, des émotions imprévues par des effets de surprise tirés de stimulations

sonores et visuelles.

Au milieu du 19^{ème} siècle encore, malgré les changements dans l'interprétation pathogénique, on continuait, pour la mélancolie et l'hypocondrie, à prescrire aux malades certains produits pharmaceutiques confirmés par une longue tradition comme les purgatifs, les fluidifiants et les digestifs. On utilisait en outre, avec une certaine fréquence, les thérapies physiques comme l'immersion dans l'eau, la douche ou la chaise tournante.

Vers la moitié du 19^{ème} siècle, en correspondance avec le déplacement progressif de la psychiatrie du domaine de la spéculation philosophique à celui de la recherche scientifique (particulièrement dans le domaine neuroanatomique et neurophysiologique), on commença à interpréter la maladie dépressive comme une perturbation organique du cerveau. Ainsi, par exemple, Hermann Meyert (1833-1892) supposa dans la mélancolie un déficit d'énergie cérébrale lié habituellement à l'ischémie. D'autres auteurs de la même époque, par contre, se basant sur des éléments d'autopsies pratiqués sur les malades atteints de dépression, mirent en cause différentes formes d'altération du cerveau comme l'anémie, l'hyperhémie et l'oedème.

Jean-Pierre Falret (1794-1870) remarque chez les malades un fréquent passage de la dépression à la manie, qualifiant de "folie circulaire" la maladie caractérisée par la succession des deux polarités opposées de l'humeur; pour ce qui concerne le comportement dépressif, il s'est aussi intéressé au suicide. De semblables observations sur l'alternance dépression-manie ont été faites par Jules Baillarger (1809-1890) qui décrit une "folie à double forme" et par Karl Ludwig Kalbaum (1828-1892) qui a parlé dans ses écrits de "Vesania typica circularis".

Au cours de la deuxième moitié du 19^{ème} siècle, pour ce qui concerne le traitement de la dépression, on n'a pas relevé de progrès notable par rapport à la période précédente. Pour les soins, à côté des médicaments déjà connus (arsenic, strychnine, strophante, on recourait à de nouveaux produits comme les anesthésiques ou les premiers hyp-

notiques créés vers la fin du siècle par l'industrie pharmaceutique. On eut aussi recours à quelques techniques arrivées entre temps en médecine comme le magnétisme animal, l'hypnotisme et l'électrothérapie. Cependant, de nombreux aliénistes gardaient encore, dans les soins aux dépressifs et hypocondriaques, une attitude attentiste, en se limitant souvent à des règles de prévention et d'aide, prescrivant aux malades les plus agités des voyages de détente ou des cures dans les stations thermales.

Emil Kraepelin (1856-1926), dans sa classification des maladies mentales, associe manie et dépression dans la "psychose maniaco-dépressive", qui peut se subdiviser en trois expressions symptomatologiques (bipolaire, monopolaire et mixte), mais il met à part la "mélancolie évolutive", au pronostic plus défavorable. Par la suite, Ernst Kretschmer (1888-1964) a défini par les mots "personnalité cyclotique" les différents tempéraments affectifs qui prédisposent à la psychose maniaco-dépressive. Le profil de ce que l'on appelle le "type dépressif" a été décrit quelques décennies plus tard par Tellenbach.

Sigmund Freud (1856-1939) a conçu une interprétation psychodynamique; dans "Trauer und Melancholie" (1917), il souligne comment ces deux situations sont associées par la perte d'un objet à forte résonance émotive avec introduction de sentiments négatifs non résolus. Mélanie Klein (1882-1960) a considéré l'expérience dépressive comme une phase fondamentale dans le développement de l'enfant.

La psychothérapie (de la psychanalyse à la thérapie du comportement) se propose, dans la première moitié du 20^{ème} siècle comme un traitement innovateur dans les soins donnés aux dépressifs, en considérant aussi les maigres résultats obtenus par la psychiatrie biologique contemporaine.

Vers le milieu du 20^{ème} siècle, on a commencé à utiliser deux traitements qui se sont montrés particulièrement efficaces contre la dépression: la thérapie électroconvulsivante et les psycho-médicaments. La première a été introduite en psychiatrie en 1938 par Ugo Cerletti (1877-1963) pour se

répandre rapidement dans les principaux pays occidentaux. Pour ce qui concerne les seconds, on a introduit en thérapie, au cours des années 50, les "antidépresseurs tricycliques" et ce qu'on a appelé les "anti-MAO" (inhibiteurs aminooxydase), vinrent ensuite la découverte de la "benzodiazépine", indiquée dans la dépression anxieuse, l'utilisation du lithium dans la prévention de la psychose maniaco-dépressive et enfin, au cours des années plus récentes, l'apparition des antidépresseurs de deuxième génération ("atypiques" et "sérotoninergiques"). À côté des thérapies psychopharmacologiques, se sont développées, au cours des dernières décennies du 20^{ème} siècle, diverses théories sur la genèse de la dépression qui ont mis en évidence le rôle déterminant des neurotransmetteurs.

La mélancolie passait ainsi en l'espace de quelques milliers d'années de l'influence de la néfaste bile noire à celle de la sinistre planète Saturne pour passer finalement à celle encore partiellement obscure des lois de la science neurologique.

Pr MASSIMO ALIVERTI,

*Neuropsychiatre,
Professeur d'histoire de la médecine
à l'Université de Milan-Bicocca
et Professeur d'histoire de la psychiatrie
à l'Université de Milan,
Italie*

Références bibliographiques

- ACKERKNECHT E.H., *Kurze Geschichte der Psychiatrie*, Stuttgart, Ferdinand Enke, 1957.
- GALZIGNA M., *La malattia morale. Alle origini della psichiatria moderna*, Venezia, Marsilio, 1992.
- KILBANSKY R.-PANOFKY E.-SAXL F., *Saturno e la melanconia*, Torino, Einaudi, 1983.
- PÉLICIER Y., *Histoire de la psychiatrie*, Paris, Presses Universitaires de France, 1994.
- ROCCATAGLIATA G., *History of Ancient Psychiatry*, Greenwood, Westport, 1986.
- SCHALLER J.P., *Soccorsi della grazia e soccorsi della medicina*, Rome. Ed. Paoline, 1956.
- SHORTER E., *A History of Psychiatry. From the era of Asylum to the Age of Prozac*, John Wiley & Sons, 1997.
- SOLOMON A., *Il demone del mezzogiorno*, Milano, Mondadori, 2002.
- STAROBINSKI J., *Histoire du traitement de la mélancolie des origines à 1900*, Bâle, J.R. Geigy, 1960.
- WITTKOVER R. AND M., *Born Under Saturn*, London, Weidenfeld and Nicolson, 1963.
- ZILBOORG G.-HENRY G.W., *A History of Medical Psychology*, New York, W.W. Norton & Company, 1941.

JORGE A. MEDINA ESTÉVEZ

2. Dépression et espérance chrétienne

Mon exposé a été précédé de nombreuses interventions qui ont illustré le phénomène psychologique de la dépression sous différents points de vue. Conscient des limites de mes connaissances en matière de dépression, je voudrais cependant exprimer certains concepts sur ce problème, en m'appuyant non sur des connaissances scientifiques, mais sur des expériences humaines et sacerdotales, incontestablement douloureuses, et qui m'ont laissé des souvenirs indélébiles.

Il est difficile d'essayer d'établir des statistiques sur la dépression dans le passé, soit parce que nous ne disposons pas de données dérivant d'une observation attentive, soit parce qu'il n'est pas toujours facile d'identifier des états d'âme de personnages historiques déterminés, avec ce que nous appelons aujourd'hui la dépression.

La dépression vue par un pasteur d'âmes

Je crois qu'il y a un accord unanime sur le fait que le phénomène de la dépression est complexe et qu'il est le résultat de différents éléments fortuits, dont certains ont quelque chose à voir avec la structure de la psychologie de la personne. Il y a souvent des facteurs héréditaires. Des lignes de force déterminées du processus éducatif peuvent ensuite exercer une influence considérable. L'histoire personnelle de ceux qui souffrent de dépression fournit, de manière variable, des éléments qui expliquent le phénomène et, comme dans le cas d'autres facteurs, peuvent indiquer la voie pour diagnostiquer le problème, en évaluer la profondeur et discerner jusqu'où et comment on peut orienter le traitement.

La dépression est un état qui présente une certaine ressemblance avec le désespoir, avec la perte de

l'espoir, avec la conscience claire d'une frustration permanente, avec la perception de son existence comme un échec, comme un «tunnel sans issue». Parfois, la caractéristique de la dépression est que cet état de désespoir est considéré comme une réalité paralysante, où le sujet fait l'expérience d'une impuissance à exercer ses capacités et par conséquent, d'inutilité dans sa vie. Il n'est donc pas étonnant que les états dépressifs, dans leurs manifestations les plus profondes, peuvent aboutir à un découragement psychologique qui voit comme solution unique la fin de l'existence, c'est-à-dire le suicide.

Étant donné que l'être humain est une réalité psychophysique, il faut tenir compte du fait que le diagnostic aussi bien que le traitement de la dépression dépendent d'éléments physiologiques, psychologiques et spirituels, interdépendants.

Ensuite, il y a des éléments qui peuvent prédisposer à la dépression, bien que cela ne se produise pas toujours. Un de ceux-ci est le perfectionnisme, autrement dit l'ambition démesurée d'obtenir des résultats parfaits. Apparemment, cette ambition pourrait être interprétée comme une responsabilité, mais en fait elle dénote un manque de réalisme, le refus d'admettre ses propres limites. Quiconque se laisse entraîner par le perfectionnisme à outrance peut tomber dans une attitude supercritique à l'égard de soi-même et être menacé d'un sentiment de frustration, qui s'enracine dans la mesure où l'autocritique s'exacerbe et détruit le jugement sain que chacun doit avoir de ses possibilités.

Un autre facteur important peut être la structure du sujet avec des traits paranoïaques. Il s'agit d'un facteur grave et plutôt irréversible. Celui/celle qui a une tendance paranoïaque est, dans une certaine mesure, imperméable à l'expérience.

Si le perfectionniste exhibe une autocritique exaspérée, le paranoïaque a le sens du discernement de ses limites ou responsabilités extrêmement faible. Évidemment, il rend les autres responsables de ses échecs et ce comportement le conduit à les considérer comme des adversaires et des ennemis. D'où l'isolement, qui a une double direction: d'une part, le sujet se décourage parce qu'il voit autour de lui des signes négatifs et de l'autre, suscite le refus des personnes qui l'entourent et ne peuvent pas accepter les accusations de culpabilité qu'ils reçoivent injustement du sujet.

Il faut se demander si la dépression peut se produire quand il n'y a pas, dans l'absolu, d'éléments ou de prédispositions psychologiques qui la favorisent. Nous pouvons dire qu'une personnalité saine, profondément bien structurée et équilibrée, ne constitue pas un terrain favorable à la dépression; cependant, il se peut que des circonstances extérieures, extrêmement défavorables, provoquent le bouleversement psychologique qui aboutit à la dépression ou l'accompagne. Parmi ces circonstances, nous pouvons citer les grands échecs affectifs, les désastres financiers, l'apparition d'une maladie incurable et de longue durée, les conflits entre des devoirs qui semblent opposés et inconciliables, la perte inévitable d'un statut, le sens de l'honneur perdu et que l'on ne parvient pas à récupérer au sein des canaux conventionnels. Je me permets d'avancer, seulement comme hypothèse, que les circonstances les plus adverses et persistantes n'arrivent pas à provoquer une dépression lorsque celui qui les vit possède une personnalité bien structurée et bien construite spirituellement. Je dirais que dans de telles conditions, la dépression, si elle se produit, est moins grave et présente plus de chances d'être surmontée.

Ce qui vient d'être dit m'amène à

penser que les limites psychologiques de la personne souffrant de dépression doivent être considérées très sérieusement lorsqu'il s'agit de diagnostiquer le mal, d'en discerner les causes proches et lointaines et d'élaborer un traitement.

Derrière les diverses typologies de dépression, et je dis «diverses» dans le sens de substrat psychologique qui leur sert de base et des circonstances extérieures servant de détonateur ou de catalyseur, il y a des éléments plus ou moins communs.

L'un d'eux est la solitude. La personne dépressive perd la capacité de communiquer, précisément parce qu'elle estime qu'elle ne sera pas comprise, ou parce qu'elle exige une compréhension qui va au-delà de celle communément admise entre les êtres humains, dans les mêmes conditions. Si l'on cède au sentiment de solitude, l'isolement s'intensifie et le manque de confiance dans la possibilité de trouver aide et compréhension s'accroît. De cette manière, la dépression engendre des conditions éminemment défavorables pour être vaincue.

Un autre élément est illustré par une certaine paralysie de l'activité. La personne dépressive vit une exaspération de son sens autocritique et tend à voir négativement ses possibilités d'action. Même si elle reçoit des stimulants positifs qui devraient lui donner courage, elle a tendance à les sous-estimer et à ne pas les considérer comme objectifs ou expressions généreuses de bienveillance. La personne dépressive connaît tellement de difficultés et de facteurs négatifs qu'elle ne sait par où commencer ou recommencer. Cet horizon négatif agit comme un frein insurmontable et fait sombrer le patient dans une paralysie d'abstraction où le fait de ressasser sans cesse son état occupe une place importante, et même prépondérante dans ses ergotages.

Au point de vue psychologique, une personne victime de la dépression a besoin de compagnie qui l'aide à vaincre la solitude et l'isolement; elle a besoin de réaliser une activité satisfaisante, qui soit couronnée de succès, et de découvrir les fissures de sa personnalité qui ont laissé pénétrer l'état dépressif. Tout cela est plus facile à décrire

qu'à réaliser, précisément parce que celui qui souffre de dépression vit dans une situation de négativité ou du moins de méfiance envers ceux qui l'entourent et tend à éviter ce qui pourrait exiger de lui un changement de son activité passive et ruineuse. Ceux qui assument le rôle profondément humain d'aider celui/celle qui présente des symptômes dépressifs, doivent s'armer d'une grande constance pour gagner la confiance du patient et obtenir qu'il se détache du refrain psychologique du «je ne peux pas», que représente cette coquille qui empêche de recevoir de l'aide et de commencer le travail de récupération.

Dans ce que j'ai dit, je me suis permis d'exprimer un jugement simple, certainement superficiel et partiel sur la dépression, en m'appuyant sur l'expérience quotidienne, humaine et sacerdotale. Je n'ai fait aucune référence particulière au drame du suicide dans lequel finissent les cas les plus graves. Si je mentionne cette réalité tragique, c'est parce que son incidence semble avoir augmenté de manière significative dans certains secteurs de la société occidentale et parce que son spectre accompagne souvent tous ceux qui souffrent de dépression. Pourtant, il ne s'agit pas d'un risque irréel ou d'une hypothèse peu probable. Peut-être pourrions-nous dire qu'il y a un risque dont il faut tenir compte dès que le syndrome dépressif apparaît avec une certaine gravité.

Donc, la réalité est une réalité qui relève directement de la compétence de la psychologie, mais on ne peut et on ne doit pas négliger sa relation avec la foi, la morale et la spiritualité. Voilà pourquoi, bien que l'aide d'un psychiatre soit importante et souvent nécessaire, le prêtre, en sa qualité de confesseur ou de conseiller spirituel, comme d'ailleurs un laïc compétent dans les matières de l'esprit, peuvent apporter un soutien non négligeable et complémentaire dans le processus de récupération de la dépression.

L'aspect spirituel de récupération de la dépression

Il est évident que, si la personne dépressive est croyante, mieux en-

core si elle est catholique, avec une connaissance précise de la foi et de la doctrine sur Dieu tout-puissant, prévoyant et miséricordieux, et sur l'homme en sa qualité de créature porteuse de la tache du péché, mais qui a reçu le don de la grâce, efficace au point de «faire surgir des enfants à Abraham des pierres que voici» (Mt 3,9), il y a des éléments très solides pour vaincre le monde des ténèbres, de l'insécurité, de la frustration et de la paralysie psychique dans lequel elle a sombré.

Pour les dépressifs, les certitudes de la foi représentent des points d'appui, fermes et valables, sur lesquels ils peuvent trouver la sécurité et le soulagement. Le fait de comprendre que la dépression est étrangère aux desseins de Dieu, qu'elle est une épreuve purificatrice qui ne constitue pas un déterminisme inéluctable et que, de toute manière, la grâce de Dieu est toujours présente et agissante, afin que, dans ce cas concret, se vérifie également la vérité de la parole de l'Écriture sainte, déclarant: «avec ceux qui l'aiment, Dieu collabore en tout pour leur bien» (Rm 8,28). Comprendre tout cela constitue déjà un très grand progrès dans le cheminement destiné à surmonter la douleur. Dans la sollicitude pastorale de ceux qui souffrent de la dépression, tout ce qui peut consolider la foi de l'intéressé occupe une place de premier plan, entendant par «foi» les certitudes concernant la bonté et la sagesse de Dieu, le destin de bonheur que Dieu désire pour tous les hommes, l'amour miséricordieux avec lequel Dieu pourvoit au salut des hommes, jusqu'à donner son Fils (cf. Jn 3,16), l'accueil paternel et tendre avec lequel Dieu accueille ses enfants qui se sont éloignés (cf. Lc 15, 11-24), les connaissances de Dieu et par conséquent, la bonté miséricordieuse de ses jugements concernant nos échecs et nos chutes.

Puisque la personne dépressive éprouve un sentiment de solitude et d'incompréhension – qui peut ne pas correspondre à la réalité objective, mais est perçue ainsi subjectivement – elle peut revenir à la certitude de la foi, selon laquelle en Dieu, «nous avons la vie, le mouvement et l'être» (Ac 17,28), représente la récupération d'une «atmosphère spirituelle», propice au dé-

passement de la sensation négative de celui qui pense que son existence n'a pas de sens. Croire fermement que Dieu est proche de moi, qu'il «me pénètre» et qu'il est dans une intimité plus grande avec moi que je ne le suis moi-même, est une expérience clé pour recommencer à considérer la vie avec optimisme, sans cesser pour autant de percevoir avec réalisme les difficultés et les obstacles.

Savoir et croire que Dieu connaît mieux que nous nos défauts et nos limites et son jugement sur nos mauvaises actions, c'est être parfaitement lucide sur les facteurs qui atténuent notre culpabilité: voilà une attitude spirituelle qui contribue à nous délivrer du jugement trop critique – souvent simplifié – concernant nos fautes et notre responsabilité. Les données qui viennent d'être énoncées représentent les caractéristiques de l'Évangile de Jésus, exprimées en paroles ou en phrases, bien qu'elles soient sous-jacentes à de nombreuses attitudes souvent, aussi ou davantage expressions de déclarations conceptuelles.

Si le malade récupère un sentiment de confiance en Dieu, Père bienveillant, et en ses possibilités, un grand pas vers le succès aura été accompli.

L'état dépressif et les vertus chrétiennes

Comme la «structure spirituelle» du chrétien repose sur l'accomplissement d'actes bons que nous appelons «vertus» et comme les vertus sont reliées entre elles, il ne sera pas superflu de rappeler que l'état dépressif demande, plus particulièrement, la pratique de certaines vertus, tandis qu'il offre en même temps une opportunité de les faire croître.

Tout d'abord, la vertu de la foi en Dieu et en ses attributs. C'est seulement à la lumière de cette foi en Dieu qu'il est possible de considérer sereinement le paradoxe entre un Dieu bienveillant, désirant le bien des hommes et tout-puissant d'une part, et de l'autre, l'existence du mal, souvent moral, mais également physique, particulièrement lorsque ce dernier frappe des créatures innocentes. C'est seulement dans un esprit de foi que nous pou-

vons partager l'affirmation de saint Paul qui déclare que «avec ceux qui l'aiment, Dieu collabore en tout pour leur bien» (Rm 8,28) et à la projection de celle-ci dans l'enseignement de saint Augustin: «Dieu ne permettrait pas le mal s'il n'était pas assez puissant pour retirer du bien de ce mal». Le sommet de ce paradoxe est, sans aucun doute, le drame du Calvaire, où l'injustice la plus féroce, la plus abjecte des lâchetés et la plus sale des conveances politiques constituent le cadre extérieur de l'acte le plus po-



sitif et le plus généreux de l'amour de Dieu pour l'humanité, qui est précisément la rédemption et le salut du genre humain à travers un assassinat, qui est la forme extérieure du sacrifice de la réconciliation.

Nous consacrerons quelques considérations à la vertu d'espérance un peu plus loin, au terme de cette intervention.

La charité qui naît de l'amour de Dieu pour nous et qui précède n'importe quel acte d'amour de notre part, situe l'homme dans la perspective de la bienveillance de Dieu, de son initiative aussi bien dans l'ordre de la création que dans celui du salut, de la gratuité de son amour sans limites, qui ne se laisse pas vaincre par les ingratitude dont il est l'objet de la part des hommes. La contemplation de cet amour incomparable ne peut que susciter une réponse d'amour et nous savons que cette réponse est déjà un don de l'amour de Dieu, qui répand la cha-

rité dans l'âme, avec le don de la justice et de la grâce. Savoir que l'on est aimé et parcourir la longue liste des dons reçus de Dieu est comme dit saint Ignace de Loyola, à la fin des «Exercices spirituels», une bonne voie pour «obtenir l'amour». Dans cette perspective, la dépression doit être envisagée comme une forme de participation à la passion et à la croix de Jésus et comme une réalité douloureuse, qui nous permet de «compléter en ma chair ce qui manque aux épreuves du Christ pour son Corps, qui est l'Église» (Col 1,24).

Dans le cas concret de la dépression, les vertus «cardinales» ou «morales» entrent également en jeu.

L'exercice de la prudence suit deux directions principales. La première, la décision de demander conseil et de l'accepter, afin de consulter des spécialistes et de suivre exactement les traitements prescrits, et la seconde, pour mesurer l'activité de manière à ne pas exiger trop de soi-même d'une part, et à ne pas céder à la tentation de l'inactivité de l'autre.

La justice trouvera son expression dans le fait de considérer les soins médicaux comme un tribut dû à sa santé, une obligation qui provient du don de Dieu car il ne revient pas à l'arbitraire de l'homme de prendre soin de sa santé ou non.

La force joue un rôle considérable puisque la personne dépressive éprouve découragement, pessimisme et absence de motivation pour continuer à vivre et à affronter les défis de la vie. Pour le malade, la vie se présente ardue et avec un niveau de difficultés que sa condition a tendance à surévaluer. Il faut une grande force pour affronter le découragement, pour être constant dans le traitement et pour ne pas négliger les activités quotidiennes, malgré la paresse et la sensation d'inutilité.

La tempérance ou modération s'exercera dans l'observation de la juste mesure en matière d'inactivité. Un dépressif a tendance à être inactif et l'inactivité intensifie son état d'insatisfaction et de frustration. Cependant, il se pourrait que faire trop d'efforts ne s'avère pas productif. Ici la tempérance va de pair avec la prudence, la justice et la force.

L'espérance mérite une considération particulière. L'objet principal de cette vertu théologale est Dieu, en ce sens qu'il constitue la béatitude totale et définitive de la personne humaine. En vertu de l'espérance, l'homme contemple la béatitude éternelle comme le comble de ses aspirations, qu'il peut atteindre avec l'aide de Dieu. L'espérance théologale se rapporte donc à la finalité ultime de l'homme, à ce pour quoi l'homme a été créé et vers quoi toutes ses décisions doivent être orientées, sous forme médiate ou immédiate. En général, la dépression ne met pas en question le destin ultime de celui qui la subit. Mieux, le dépressif expérimente un mal-être radical par rapport à sa vie dans ce monde et il voit la mort comme une délivrance du pessimisme qui l'envahit. Ce n'est pas qu'il désespère de son salut éternel, mais il ne voit pas comment intégrer son état d'insatisfaction et de paralysie psychologique au devoir de continuer à vivre pour mériter ainsi la béatitude éternelle. Le dépressif ne parvient pas à comprendre que le parcours vers la vie éternelle peut avoir à traverser une épreuve qui secoue profondément le sens de la vie temporelle, jusqu'à arriver à considérer comme un bien son anéantissement. Paradoxalement, la personne dépressive envisage la mort comme un bien, même en ayant recours au suicide, sans comprendre l'incohérence entre sa révolte devant l'existence et le désir de posséder Dieu comme béatitude suprême. Si la dépression a des éléments qui mettent en question la foi et la charité, elle en a d'autres également qui entravent l'exercice de l'espérance chrétienne dans le sens de dissocier la béatitude finale d'un cheminement qui semble incohérent avec le désir de bonheur qui se cache dans le cœur de tout homme. C'est comme s'il y avait une rupture entre la situation existentielle qui se conçoit comme une déchirure permanente et l'angoisse du bonheur qui correspond aux promesses de Dieu. Voilà pourquoi, on peut penser que la relation entre l'espérance chrétienne et la dépression se situe principalement, non seulement en relation avec Dieu comme objet béatifiant et finalité ultime de l'homme, mais en relation avec les secours provenant

de Dieu et sans lesquels on ne peut atteindre la finalité ultime, c'est-à-dire en relation avec la grâce qui permet d'agir de manière surnaturelle. Ce que le dépressif éprouve est une impuissance à dépasser un état de dissociation intérieure, d'insatisfaction et de paralysie, comme un affaiblissement simultané de la confiance dans la proximité de Dieu, de son soutien et de sa grâce qui a la force de lui faire vaincre les ténèbres qui obscurcissent l'horizon de son existence, au point de lui faire concevoir la vie comme dénuée de sens. Si un phénomène psychologique comme celui de la dépression avait une lecture purement théologique, on pourrait le classer comme une sorte de pélagianisme radical manquant de confiance en Dieu qui sauve, peut et veut toujours sauver.

Au point de vue spirituel, la personne qui subit la dure épreuve de la dépression a besoin de récupérer une profonde confiance en Dieu Sauveur, dont la grâce a la puissance de vaincre les épreuves les plus lacérantes auxquelles est soumise la réalité complexe de notre être psychosomatique. Croire dans le pouvoir de la grâce représente la condition nécessaire pour repousser la tentation du désespoir, signifie sentir la proximité de Dieu, même au milieu du brouillard et de la désorientation, signifie être convaincus que nos afflictions, surtout les plus profondes, s'intègrent dans le mystère du salut qui s'accomplit à travers l'anéantissement du Christ (cf. Ph 2,6-9), dans lequel tout chrétien, en tant que membre, doit participer de manière personnelle et diversifiée. D'où la prière silencieuse et confiante, soutenue par la passion de Jésus et sa glorieuse résurrection, représente un cheminement pour acquérir cette paix intérieure et cette confiance en Dieu et en soi-même, qui sont l'antidote contre la dépression.

La vie chrétienne s'articule dans la célébration des sacrements. Trois d'entre eux ont une relation spéciale avec les états dépressifs: l'eucharistie, la pénitence et le sacrement des malades.

La participation au sacrifice eucharistique revêt une signification particulière pour les victimes de la dépression. Dans cette participation, il y a des moments de la prière

au Jardin des Oliviers, quand l'angoisse de Jésus se manifeste par une sueur faite de grosses gouttes de sang (cf. Lc 22,44), et surtout sur la croix, lorsqu'il lance le cri déchirant: «Mon Dieu, mon Dieu, pourquoi m'as-tu abandonné?» (Mt 27,46; Mc 15,34). Cependant, comme le mystère pascal est scellé par la résurrection du Christ, et le Christ que l'on reçoit dans l'eucharistie est le ressuscité dans son état de gloire, la communion est un fruit de vitalité et de joie pour chaque fidèle, mais surtout pour ceux qui souffrent et participent essentiellement à l'anéantissement de Jésus.

Le sacrement de pénitence a une importance particulière pour les personnes souffrant de dépression si, à l'origine de celle-ci, il y a des troubles moraux graves et réitérés. Le pardon des péchés peut avoir une influence positive sur les troubles qui en sont la conséquence.

Le sacrement des malades est un sacrement qui peut être d'un grand secours pour les malades dépressifs. Non seulement les malades somatiques ou de la vieillesse demandent l'aide de ce sacrement, mais aussi les troubles psychologiques, qui peuvent aller jusqu'à mettre la vie en danger ou à en menacer l'harmonie, peuvent obtenir le bénéfice de ce sacrement qui aide à porter la croix, soutient l'âme de ceux qui souffrent la rupture de leur équilibre intérieur et peut aussi restituer la santé.

Il est tout à fait naturel que le chrétien dépressif tourne son regard vers la très sainte Vierge. Elle a connu des moments de souffrance spirituelle: la prophétie du glaive de douleur qui allait transpercer son âme (cf. Lc 2,35), la fuite en Égypte (cf. Mt 2, 13-15), la perte du Fils de Dieu dans le temple (cf. Lc 2, 41-50) et la douloureuse présence au pied de la croix (cf. Jn 19, 25-27). Nous ne connaissons pas l'état intérieur de Marie dans ces moments de souffrance pénible et rien n'autorise à penser que son esprit ait souffert d'un état de dépression psychologique. Au contraire, nous pouvons supposer que, ayant été préservée du péché et de ses conséquences, son âme s'est toujours maintenue dans un équilibre sain et une harmonie profonde. Mais son expérience de la douleur lui a conféré une qualité spéciale pour

compatir les membres de son Fils soumis à l'affliction et pour obtenir en leur faveur consolation, joie et force au milieu de l'épreuve, surtout dans le domaine de la dépression.

Conclusion

Le monde occidental, caractérisé aujourd'hui par la sécularisation, le renoncement public à reconnaître ses origines chrétiennes comme partie essentielle de son identité, un relativisme moral grâce auquel les comportements les plus aberrants acquièrent une place et la reconnaissance dans la législation civile et un niveau de bien-être étendu à de larges secteurs, au détriment d'un nombre considérable de personnes vivant dans la pauvreté, voire dans la misère, ce monde semble donc affligé davantage du fléau de la dépression. Le phénomène n'est

pas limité à des couches sociales déterminées, mais est attesté avec une fréquence toujours plus grande chez des personnes qui souffrent d'une tension permanente, en raison des exigences auxquelles elles ne parviennent pas à répondre, et qui les plonge dans l'insatisfaction, dans un milieu que l'on refuse et que l'on n'est pas capable d'assumer avec réalisme, force et confiance en Dieu.

Je suis intimement convaincu qu'un regard de foi sur son existence, accompagné du recours à la prière et du soutien de différentes personnes, sous divers aspects, peut représenter une aide valable en vue d'éviter l'isolement, l'abstraction, l'inaction et le manque d'estime de soi; tout cela peut former une constellation très positive pour surmonter un état psychique douloureux et exténuant. Je pense que l'aspect surnaturel de la foi et le renforcement de l'espérance en Dieu qui

soutient, aide et sauve, constituent des éléments essentiels pour récupérer la vision positive de soi et du monde, seule vision qui corresponde à l'optimisme chrétien qui croit fermement en Dieu, Père miséricordieux, en son Fils Jésus-Christ, le bon Pasteur et le Sauveur de l'humanité et en l'Esprit Saint, qui est l'auteur de la nouveauté chrétienne et de la joie dans l'œuvre de Dieu et dans notre vocation à la béatitude parfaite. La recommandation de saint Paul: «Réjouissez-vous sans cesse dans le Seigneur, je le dis encore, réjouissez-vous» (Ph 4,4) est un programme toujours valable et une caractéristique de chaque disciple du Christ.

S.Em. le Cardinal
JORGE A. MEDINA ESTÉVEZ
Archevêque-évêque émérite de Valparaíso
Préfet émérite de la Congrégation
pour le Culte Divin
et la Discipline des Sacrements
Saint-Siège



CARLO CASALONE

3. Théologie morale: dépression, références morales subjectives et références morales objectives

Mélancolie, tristesse, manque, faute, désespoir, contraction du temps et de l'espace vécus, mort sont des expériences propres à ce que nous appelons du nom de dépression et qui constitue l'objet de la réflexion de la psychopathologie, de la philosophie et de la théologie. La théologie morale, avec les instruments qui lui sont propres, s'interroge elle aussi sur les problèmes posés par ces faits.

Déjà la manière dont le phénomène est écouté et connu a un aspect éthique. Ce sera le premier point traité dans notre étude (de type méthodologique), pour passer ensuite à un bref examen de l'articulation entre volontaire et involontaire (qui constituera notre deuxième point). Le rapport entre les deux dimensions a une importance particulière dans la genèse du sens de la culpabilité qui est un élément important dans la psychodynamique de la dépression; c'est pourquoi nous verrons comment il peut se différencier conceptuellement d'avec le sens du péché et du pardon. Ce sont là des distinctions précieuses pour ne pas alimenter la pétrification de la mémoire sur le passé et la fermeture au futur et à l'espérance. Quelques brèves indications sur le caractère illicite du suicide conclueront notre parcours.

Ethique et multidisciplinarité

Le premier point est déjà évoqué implicitement dans la manière de procéder de cette conférence et il est de type méthodologique. Il y a déjà une valence éthique sur le plan épistémologique puisqu'il s'agit de réaliser un arbitrage entre diverses rationalités. Le phénomène de la maladie est en effet surdéterminé,

dans le sens que, dans la maladie, divers facteurs convergent et agissent entre eux, facteurs qui sont étudiés par des disciplines différenciées par leurs instruments de connaissance et modèles d'interprétation: le comportement ne peut être expliqué s'il se réclame d'une seule cause, soit organique, soit psychique, soit sociale. À ce propos, il y a lieu de souligner le rôle des sciences humaines. Leur apport concerne l'induction de précompréhensions anthropologiques, avant même la production de faits isolés ou de systèmes théoriques. Non seulement elles fournissent des connaissances spécifiques, mais elles modèlent aussi les sensibilités en fonction desquelles on perçoit et étudie l'homme.

La psychiatrie se situe dans une position intermédiaire entre le modèle biomédical objectivant et le modèle interprétatif, dans lequel la subjectivité de celui qui soigne participe à la subjectivité de celui qui est soigné, en mobilisant la propre intentionnalité dans une circularité herméneutique. Il s'agit au fond de la composante autoimpliquante: la compréhension comporte toujours une auto-compréhension.

Reconnaître la surdétermination de la maladie est un rappel à la relativité de la psychiatrie: on y rencontre une confrontation avec ce problème chaque fois qu'on oublie que son paradigme cognitif et opérationnel n'en est qu'un parmi les divers autres possibles. Il faut se rappeler de cela, en restant conscient qu'il n'est ni possible ni correct d'étudier un phénomène en utilisant en même temps les instruments conceptuels de disciplines diverses; il faut choisir comment recouper le noyau de significés pertinents par les diverses méthodolo-

gies pour agencer ensuite les perspectives.

Les sciences sociales font référence aux valeurs pour expliquer les comportements. Mais le passage immédiat de valeurs observées, et en tant que tels homologues aux faits ou états de choses des sciences naturelles, aux valeurs jugées comme effectivement valables (de manière subreptice et inconsciente) est une forme de tromperie naturaliste¹. Il faut donc que l'éthique théologique étudie les significations mises en lumière par les sciences humaines, en en comparant les valeurs avec les interprétations chrétiennes de la vie. Cela met en jeu des sens partiels, mais pour les apprécier, il faut se référer au but global de la vie elle-même avec lequel elles ont nécessairement une interaction, consonnante ou dissonnante².

Pour ce qui concerne l'identification du phénomène, pour comprendre de quoi il s'agit (quid sit), nous recourons à la psychiatrie tout en reconnaissant que nous pouvons y rencontrer de multiples orientations. La psychopathologie place les phénomènes dépressifs sur deux versants fondamentaux. D'une part, la tristesse réactive ou dépression névrotique, dite aussi psychique ou motivée; d'autre part, la tristesse endoréactive qui se développe lorsque disparaît la cause qui a déclenché l'altération de l'humeur mais que la dépression reste. Sur ce deuxième versant nous trouvons la dépression comme maladie vraie et propre, ou dépression clinique qui est aussi appelée psychotique et décrite comme tristesse de vie. Un troisième type de tristesse peut être défini comme existentiel et il n'indique pas une situation proprement pathologique³. En psychiatrie dyna-

mique, on distingue entre dépression simple et mélancolie. Cette dernière comporte aussi une perturbation du Moi qui met en danger l'identité. On décrit donc trois typologies: la "position dépressive" que tous connaissent; la dépression névrotique qui est une altération de l'humeur et la mélancolie-psychose, qui peut comporter des troubles de la personnalité.

Comme on le voit, ces classements ne construisent pas le "malade" comme une entité supposée différente des personnes "saines", mais ils facilitent une idée qualitative de la maladie, vue comme un déséquilibre des forces ou des demandes que l'on trouve dans tous les êtres humains. Les thérapeutes ne font pas exception et ils sont considérés comme plus proches de leurs patients que différents d'eux. Ici aussi on voit que, du point de vue éthique, une telle organisation n'est pas insignifiante, parce qu'elle permet de maintenir un lien ou un rapport entre celui qui est sain et celui qui est malade, en voyant aussi entre eux une homogénéité et non seulement une différence.

Volontaire et involontaire

La vie morale comporte une pratique de la liberté responsable dans la gestion et dans la mise en forme de ce qui appartient au propre monde intérieur, fait de sentiments et d'affection, d'impulsions et de fantasmes. Mais ce pouvoir n'est pas absolu. C'est ici que devient manifeste la distinction entre volontaire et involontaire: mon caractère – dit Paul Ricoeur – est une manière de choisir que je ne choisis pas. On pourrait paraphraser en disant que lorsqu'il est vécu dans la dépression et les comportements qui en découlent – comme du reste dans toute autre maladie psychique – on est influencé par des déterminismes inconsistants. On ne peut pas faire abstraction de tels conditionnements, mais cela ne signifie pas qu'on exclue la libre initiative du sujet ni qu'on leur donne une orientation et une configuration. Le volontaire trouve ses racines dans l'involontaire. Nous sommes contrôlés par les forces de l'inconscient, mais il ne s'agit pas d'un contrôle total. La liberté, sous l'action de la grâce, mo-

dèle les réactions intérieures et le psychisme (structure et vie psychique), même s'il est toujours très difficile, voire impossible, de juger de l'extérieur la part imputable à la liberté. Il faut se rappeler que "l'on ne peut jamais faire de la présence d'une motivation névrotique la cause d'absence certaine d'une motivation éthico-spirituelle"⁴. Autrement dit, la causalité psychique peut être présente, mais elle n'est pas nécessairement exclusive de toute autre motivation. "Nous jugeons la conscience depuis l'extérieur, mais nous ne prétendons pas juger les secrets cachés du cœur", disait saint Augustin, précisément à propos du suicide⁵. En termes plus classiques, nous pourrions parler de rapports entre vie psychique et sainteté à laquelle nous sommes tous appelés, même lorsque nous sommes malades. De toute façon, cela n'enlève rien au fait que le manque de liberté ne soit une blessure profonde et qu'il est à considérer comme un mal ou un désordre objectif.

Le problème est bien posé dans le titre même de cette contribution, qui indique la nécessité de garder

conflit: instances de la personnalité (moi, super-moi, moi idéal) ou tension entre idéal et réalité de soi⁶. Nous sommes donc en présence d'une situation dans laquelle peut être particulièrement dévastatrice la confusion entre désordre et péché, c'est-à-dire lorsque le désordre, involontaire, est pensé comme le résultat de la volonté. Et cela peut survenir justement dans la logique de la maladie, comme stratégie du désir de la toute-puissance qui cherche à récupérer un peu de ce qu'elle a perdu, perte dont elle se sent lésée.

Sens de la faute

La théologie morale considère comme très intéressante la relation qui s'établit entre le sens de la faute et le sens du péché, surtout pour permettre une meilleure compréhension de ce que permet l'accès à l'expérience du pardon.

Lorsqu'on parle de péché, la distinction n'est pas toujours claire d'avec le sens de la faute. C'est une confusion qui entraîne des équi-



un lien simultané entre les références morales objectives et les références morales subjectives. Un discernement entre ces deux dimensions est toujours important. Mais il l'est d'une manière particulière dans le cas de la dépression, une situation qui voit le sens de la faute au centre même de la propre psychodynamique. Ce sens de culpabilité découle d'une blessure narcissique qui conduit à la chute de l'estime de soi, de quelque façon que l'on veuille interpréter les éléments en

voques multiples, pénibles et inutiles. Le sens de la faute est un sentiment d'indignité ou de gêne qui se manifeste après un geste ou une attitude perçus comme erronés⁷. On parle aussi quelquefois de remords. Ce mot met bien en évidence les deux composantes de l'expérience. Le remords indique d'une part l'agressivité tournée surtout contre soi-même, en raison de la désillusion que ce geste comporte; de l'autre, il témoigne d'une affectivité blessée, qui n'aime pas l'image de

soi qu'on voit ruinée par la faute commise (qu'elle soit réelle ou imaginaire).

La caractéristique du sens de la faute est qu'il s'agit d'une expérience dans laquelle entrent plusieurs facteurs mais qui se joue essentiellement entre les diverses instances de la personnalité que chacun possède au fond de soi, c'est-à-dire entre les éléments idéaux et la perception de la propre situation actuelle. La genèse de la culpabilité remonte à des périodes très précoces de notre vie. Lorsque nous violons les défenses du supérieur ou lorsque nous ne sommes pas à la hauteur de l'image idéale de nous-mêmes que nous nous sommes construite, le sens de la faute se déchaîne. En soi, cette expérience est une sonnette d'alarme utile: elle nous aide à prendre acte qu'il y a quelque chose d'inadapté dans notre comportement extérieur ou dans nos attitudes intérieures. Cependant le sens de faute peut être excessif et sans discrimination, lorsqu'il n'y a pas de proportion entre le "mal" commis et le sentiment de contrariété qui s'en suit.

Il peut alors en découler des comportements punitifs. Le tribunal qui siège à l'intérieur de nous-mêmes demande expiation et réparation, de telle sorte que nous nous mettons dans des situations qui nous font du mal ou qui nous empêchent d'obtenir des succès, en nous condamnant à l'échec. Ou bien, même, lorsque le sens de la faute flotte sans raison consciente dans notre intérieur, nous accomplissons une action mauvaise pour avoir un point de référence. Commettre une action mauvaise pour trouver un motif plausible d'une culpabilité qui serait inexplicable autrement apporte un peu de soulagement, parce qu'elle apporte un certain caractère raisonnable à la situation et au sujet l'illusion de savoir, de se connaître et de se contrôler. Une variante analogue est l'incapacité de supporter le succès. Il se trouve des situations où on ne réussit pas à supporter sereinement un compliment, à se réjouir dans la simplicité pour un don, à être joyeux pour la reconnaissance signifiée en raison d'une étude ou d'un travail. Dans ces cas, le résultat est que toute notre personnalité est comme mise aux arrêts et péna-

lisée par ce fameux tribunal. C'est là qu'on frôle la faute névrotique qui dérape vers la pathologie et demande une aide technique pour être éclairée et gérée.

Pour échapper à ces sentiments désagréables d'inadaptation, parfois même bien ancrés dans la réalité, nous prenons des attitudes défensives, dans le but de nous rassurer et de soigner la blessure narcissique. On va rigoureusement à la recherche d'une perfection impossible, en faisant preuve d'une incapacité d'accepter le réel comme il est et à s'engager pour le transformer dans le concret des situations. Il en découle des attitudes intolérantes de l'ambivalence et des li-



mites, un renfermement défensif sur soi-même, une fuite du présent pour s'y lancer à la recherche de réalités parfaites qui n'existent que dans l'imagination, en somme dans une acceptation insuffisante de la vérité de soi et des autres.

Mais il y a aussi une manière positive de vivre la culpabilité. Elle est alors un stimulant pour vérifier de manière réaliste des attitudes et des actions et pour s'ouvrir à une amélioration. Il s'agit d'un sentiment utile qui signale la présence d'un mal. On évalue ensuite si ce mal est réellement ainsi et quelle est son entité. On considère aussi si le développement qui suit conduit à une réparation-absolution, par une ouverture à une amélioration ultérieure ou si l'on se braque sur une condamnation et sur une déconsidération de soi. Cette seconde hypothèse peut mener à la tristesse dé-

pressive. Elle est plutôt fréquente à notre époque, soit par excès d'idéaux, souvent faux mais pas moins incisifs pour cela, que le monde des médias nous propose, soit par la cruauté des instances du supérieur et du moi idéal.

Sens du péché et accès au pardon

Si le sens de la faute se joue entre les diverses instances de la personnalité, le sens du péché est par contre une grandeur relationnelle. Il est mesuré en fonction du mal fait à l'autre, positivement ou par omission: il est refus de soutenir la vie, la liberté, en se trompant soi-même et

l'autre par ses propres attentes ou en s'en servant pour ses propres objectifs. Cependant, le péché entendu correctement fait sortir de la logique narcissique d'un jeu de miroirs égocentriques et référencés à soi: il déplace l'attention de soi vers le prochain. Se reconnaître pécheur comporte en ce sens l'ouverture envers l'Autre qui se fait présente dans l'évidence intérieure du sujet.

On comprend alors comment, dans notre société narcissique, il peut y avoir une diminution de la pratique de la confession. Ou bien qu'elle devienne une confession exhibitionniste qui est au service d'une grandeur mal comprise (dans le mal) du moi. Une pratique correcte du sacrement de la réconciliation, qui implique l'aveu de son propre péché, signifie aussi, du point de vue de l'identité, reconnaître la non-coïncidence de l'ac-

teur avec le mal qu'il est (a été) capable de commettre. Cela signifie se dés-identifier de son propre péché: la dignité de la personne transcende le mal qu'elle fait. Entre le sujet et ses actions, qu'elles soient correctes ou mauvaises, il y a un lien mais pas une équivalence

Se reconnaître pécheur signifie non pas penser à soi mais découvrir à quel besoin, à quel appel de l'autre nous avons mal répondu ou omis de répondre. De cette manière, on devient conscient du péché grâce à une révélation, à une parole qui vient de l'autre. Dans l'Écriture, cela se produit dans l'écoute de la Parole de Dieu, c'est-à-dire dans la communication interpersonnelle avec l'Autre par excellence. Comme on le voit, le passage du sens de la faute vers le sens du péché constitue un progrès vers la vérité des choses et vers une libération: le pardon devient possible.

La demande de pardon est différente de l'excuse. Dans le premier cas, il s'agit d'une action que nous avons cherché à éviter et qui s'est produite. On s'excuse pour une chose qui, même si elle a causé du tort à autrui, n'a pas dépendu de notre liberté et volonté. Par contre, le pardon implique, comme première caractéristique de se reconnaître soi-même (quand on le demande) ou l'autre (lorsqu'on l'accorde) comme responsable de l'action. Ce moment de la reconnaissance de la responsabilité est délicat. Il équivaut à prendre au sérieux la capacité de l'homme de s'aliéner, de refuser la vie et l'amour, de faire et de se faire du mal. Le pardon n'est pas condescendance ou fausse indulgence. Pardonner à un autre signifie le reconnaître responsable du mal qu'il a fait. Le pardon inclut donc un temps d'accusation. Pour être respectueux, il demande une procédure bilatérale et consensuelle. Je ne puis donc pas pardonner à celui qui ne se reconnaît pas responsable de sa propre action ou qui ne reconnaît pas que cette action est incorrecte. Une initiative unilatérale de pardon a le sens d'une disponibilité à la réconciliation, elle peut rendre évidente la disposition d'âme de celui qui l'exprime. Mais si l'on ne prévoit pas un moment d'écoute et de communication avec l'autre, elle peut devenir violente, provoquant du ressentiment et de l'agressivité.

Le pardon n'est donc pas un geste d'amnésie. Le mal fait laisse des traces et souvent le pardon n'est pas en mesure de les éliminer. Par contre, le pardon est fait d'une offre pour le futur dans les relations, étant reconnue comme plus forte que ce qui tend à les interrompre par son poids. Le pardon est une proposition pour l'avenir à quelqu'un qui, en raison du mal qu'il a fait, n'a aucun droit pour l'exiger. Le pardon comporte donc une distinction entre le péché et le pécheur. Il condamne le péché comme tel, mais absout le pécheur.

En résumé, le pardon est un don gratuit de futur pour celui qui reconnaît ses propres erreurs et en assume les responsabilités. Nous le trouvons à l'état pur dans le Seigneur: Dieu croit en l'homme, il fait encore confiance à l'homme et précisément lorsque celui-ci a perdu confiance en lui-même. Si le pardon est accepté, il détruit la volonté narcissique de la référence continue (plus ou moins trompeuse) au propre moi. C'est ainsi que peuvent être retrouvés la force et le goût de s'engager dans le don du futur, libéré de la peur et du mépris de soi.

Ce discours est particulièrement réconfortant dans le cas de notre problème puisque, dans la dépression, il y a une distorsion du temps vécu⁸. Il faut bien sûr distinguer entre la tristesse que nous pourrions qualifier de normale ou justifiée par un événement extérieur de perte, et la dépression pathologique ou endogène. Dans le premier cas, la dimension du passé tend à s'accroître et à déséquilibrer l'écoulement normal du temps vécu. Les souvenirs passés ressortent avec un certain relief et nourrissent la nostalgie. Mais malgré cela, le présent reste ouvert sur le futur comme un horizon de sens, de sorte que la mémoire reste capable de susciter une activité créatrice sinon de donner de la profondeur à la réflexion sur l'existence et de frôler l'infini, de sorte que l'on parle de tristesse existentielle.

Dans le cas de la tristesse clinique, par contre, l'écoulement du temps vécu ralentit au point de boucher l'horizon du futur. La mémoire se pétrifie sur le passé. Le malade a l'impression qu'il n'est pas en harmonie avec l'écoulement du temps.

Il se crée une sorte de déphasage dans lequel il a l'impression d'être continuellement en retard, comme la malade dont parle Minkowski qui considère l'horaire de son propre hôpital comme en retard de quelques heures par rapport à la maison voisine⁹. Le futur est obliéré et le passé phagocyte le présent, en "congelant le devenir et en alimentant la faute, l'expérience de faute qui se répand par le manque d'avenir: de l'espérance et du pardon (qui n'existe pas sans espérance)"¹⁰. L'avenir tend à se modeler comme une attente d'un châiment imminent, comme un malheur exigé par la nécessité de l'expiation. Cette difficulté à s'inscrire dans le temps se manifeste dans le langage: le passé est le lieu du regret, où on se lamente sur ce qui n'a pas été fait et le futur est porteur de menaces pour l'expiation qui s'impose.

Dans cette situation survient la tentation de se donner la mort. Le suicide est la plus grande tentation dans ces sombres heures de souffrance.

Suicide et dépression

Dans la tradition de la théologie morale, les arguments qui soutiennent le caractère illicite du suicide ont été codifiés par saint Thomas¹¹. Ils sont trois, fondamentalement.

Avant tout, le suicide est en contradiction avec l'inclination naturelle à la conservation de soi et avec l'amour que l'on doit à soi-même. Le deuxième argument vient d'Aristote¹² et il considère le suicide comme une *injustice contre la communauté*, c'est-à-dire une injustice commise contre la société à laquelle l'homme appartient: parce que sa vie a un sens et une valeur pour les autres, le suicide fait manquer aux obligations que l'on a envers eux et leur fait du tort. Le dernier argument, reprenant celui de Platon dans *Phédon*, affirme que la vie est un don de Dieu qui en est donc le propriétaire: l'homme ne peut pas s'en considérer comme le maître en exerçant un droit qu'il ne possède pas. Cela signifierait ne pas reconnaître la souveraineté de Dieu. Ces argumentations sont reprises substantiellement dans le cours des développements successifs de la réflexion et elles sont re-

prises de manière autorisée par le Pape dans l'encyclique *Evangelium Vitae* (n. 66).

Les théologiens soulignent la prudence avec laquelle il faut manier cette façon de parler de Dieu¹³. Lorsqu'on dit que Dieu est le maître de la vie et de la mort, et que *l'homme ne l'est donc pas*, on parle de Dieu en termes univoques et non analogues. Il en découle que l'on pense Dieu comme un souverain humain. Entre les droits d'un souverain humain et ceux des sujets règne un certain rapport concurrentiel, selon lequel on peut déduire de la connaissance des droits du souverain ceux que les sujets n'ont pas. Cela revient à traiter Dieu comme une créature semblable aux autres et non comme le Créateur qui les transcende toutes. Cela signifie se représenter un Dieu qui contraint et est en compétition avec la liberté de l'homme: c'est le Dieu d'Adam, c'est-à-dire une représentation qui est avant tout le fruit du mensonge du serpent et, par conséquent, elle ne peut que susciter la rébellion. La logique du langage théologique défend donc de tirer de toute parole de Dieu des conséquences normatives directes concernant le comportement de l'homme. La souveraineté de Dieu est un appel à la responsabilité de l'homme pour qu'il assume l'intentionnalité même de Dieu qui est bienveillance, service et solidarité. L'homme, suscité comme créature libre par Dieu est donc appelé par Dieu lui-même à gérer en responsabilité le bien de la vie qu'il a reçu gratuitement.

Effectivement, la théologie n'a jamais condamné, mais elle a, au contraire, apprécié tous les cas où le risque de mort, même certaine, est pris au nom d'une valeur plus grande que la vie physique. L'exemple du martyr ou celui du père Kolbe sont les plus explicites. Ils montrent un don de soi radical de la part de l'homme dans l'exercice d'une responsabilité libre envers le Créateur et envers le prochain. On pourrait certainement citer des gestes qui laissent place à une plus grande incertitude d'interprétation, auxquels la casuistique s'est largement consacrée. Mais il suffit d'indiquer ici que le don de la propre vie n'est pas en contradiction avec la souveraineté de Dieu bien comprise.

Le progrès de la connaissance

psychodynamique a sûrement mis en évidence les aspects motivants du comportement suicidaire qui n'étaient pas appréciables aux époques précédentes. Bien que ne résolvant pas totalement les éléments du mystère qui marque le comportement suicidaire, il a été possible d'entrer plus à fond dans la connaissance des sens que ce geste peut exprimer. Ainsi, nous apprenons que souvent le suicidé ne recherche pas la mort comme telle, mais constitue plutôt un moyen de solutionner un problème existentiel que l'on perçoit comme urgents. Dans le cas de la dépression, les motivations peuvent couvrir un éventail très large¹⁴. Les poussées agressives peuvent être déterminantes: parfois tournées contre soi à cause de la sévérité d'un supérieur trop exigeant, ou pour se soustraire à un persécuteur interne ("bourreau intérieur") dans le jeu des relations objectales. Mais, dans d'autres cas, cette agressivité peut viser l'extérieur, comme punition envers des personnes qui, véritables cibles du suicide, vivront l'élimination de soi comme une défaite. D'autres fois, par contre, l'agressivité joue un rôle peu important et la prévalence revient au désir de réunification avec un objet d'amour perdu, dont le suicidé se sent dépendant, et qu'il cherche à rejoindre en se donnant la mort.

C'est sans doute en raison de cette plus grande sensibilité aux conditions et aux conditionnements que le nouveau Code de Droit Canonique (1983), réduisant la sévérité du précédent (1917)¹⁵, ne cite plus les suicidés parmi les exclus de la sépulture ecclésiastique et de la messe de funérailles¹⁶.

Les sciences humaines éclairent donc le côté de l'intention et celui de la liberté effective de l'acteur, deux aspects qualifiant de *acte humain*. Cela est déterminant pour une définition même du suicide qui tient compte non seulement de la description empirique de l'acte par lequel on se donne la mort ou on s'y expose, mais implique aussi l'attitude intérieure qui s'exprime dans cet acte: disposer de sa propre vie comme d'un bien possédé individuellement, actuellement refusée et méprisée, actuellement fermée à toute perspective ultérieure de sens.

Cette précision permet avant tout

de préciser pourquoi on ne peut pas qualifier de suicide tous les cas où l'exposition à la mort, même certaine, se fait au nom de valeurs plus importantes que la vie physique. L'exemple le plus explicite est celui déjà cité du père Kolbe.

De plus, elle oriente vers un nouveau procédé d'argumentation sur le caractère illicite du suicide qui entre en dialogue avec la notion utilitariste de la vie, qui prévaut aujourd'hui dans notre culture et en montre le caractère contradictoire intrinsèque. Le nœud de cette argumentation fait référence à la notion même de vie. Elle n'est pas une réalité par rapport à laquelle l'homme se situerait dans une position externe et neutre, à partir de laquelle il choisit s'il lui convient de continuer à vivre, sur la base d'un calcul qui étudie les pertes et profits, pour exploiter au maximum le bien-être et minimiser les souffrances. Effectivement, si nous examinons l'expérience que la conscience fait de la vie, nous nous rendons compte que nous sommes déjà insérés dans la vie depuis le commencement, et que nous nous y immergeons peu à peu comme des êtres conscients. Le fleuve de la vie dans lequel l'homme est plongé n'est pas seulement constitué par sa corporéité, mais aussi par les médiations culturelles et relationnelles. L'homme se trouve immédiatement enraciné dans une vie douée de sens, qui le précède et qui se présente comme un événement et une promesse à laquelle on donne son propre *con-sensus*, dans un processus d'ouverture à la transcendance¹⁷. Cela signifie que chacun d'entre nous n'est pas un individu isolé, qu'il vient d'abord de ses rapports avec les autres, engagé à créer le sens de lui-même par son activité propre et à se constituer en fonction des relations où il rencontre les autres hommes et agit comme eux. Par conséquent, penser la relation intersujets comme un ajout dans lequel chacun décide arbitrairement s'il lui convient de s'y compromettre ou non, selon la logique du contrat, ne semble nullement respectueux de la condition de l'homme et du développement effectif de sa courbe existentielle.

Le choix du suicide est une déclaration du manque de sens de la vie, mais, à la lumière de ce qui a été dit, il est contradictoire: il cherche à al-

ler au-delà des contradictions expérimentées dans la vie, mais il voudrait obtenir ces résultats en éliminant le présupposé même qui lui permettrait de les surmonter. Ce n'est en effet qu'en continuant à vivre qu'il serait possible de résoudre la contradiction en s'ouvrant à un nouvel avenir. De plus, dans le suicide, on affirme une fausse autonomie basée sur l'illusion de produire par soi-même le sens, avec son agir propre, alors que celui-ci ne s'obtient que sur la base de la confiance que chacun place dans les motifs de bien que la vie lui offre. Ici ressort aussi l'intime corrélation entre les aspects éthique et religieux de toute existence humaine, dans la mesure où l'agir n'est possible que sur la base de la confiance envers un bien qui ne peut pas du tout être possédé dès l'origine, ni intellectuellement ni dans ses implications opérationnelles.

Dans la tradition biblique, cette confiance est placée dans la promesse spécifique faite par Dieu. Même dans les situations contradictoires d'épreuve et d'échec, l'homme renouvelle sa foi en cette promesse de salut, sachant qu'elle ne peut être tirée d'une action propre. Nous pouvons nous référer aux figures d'Élie et de Jonas, ou aussi à

celle plus complexe du sage Qohélet pour trouver des exemples dans ce domaine. Dans tous ces cas ressort l'importance de la prière comme dialogue avec le Maître de la vie comme lieu de régénération des motifs de la propre confiance et espérance. Ici l'homme de foi fait l'expérience de proximité, avant tout de Dieu, et trouve les chemins pour se faire à son tour proche aussi bien au niveau interpersonnel que structurel.

Un rôle qui, bien que n'étant pas attendu dans son issue – comme le montre la conclusion préalable du récit du récalcitrant Jonas –, se présente dans toute son urgence selon ce qui a été rappelé plusieurs fois, même dans notre culture.

P. CARLO CASALONE S.J.
*Rédacteur de la Revue
 «Aggiornamenti Sociali»*

Notes

¹ MOLINARO A., "Scienze umane, filosofia, etica" dans GOFFI T. – PIANA G. (éd.) *Corso di Morale I. Vita Nuova in Christo. Morale fondamentale e generale*, Queriniana, Brescia 1983, 59.68.

² BASTIANEL S., "Dottrina sociale della chiesa come teologia morale", dans BERNAL RESTREPO S. (éd.), *Teologia e dottrina sociale. Il dialogo ecclesiale in un mondo che cambia*, Piemme, Casale Monferrato, 1991, 54-55.

³ BORGNA E., *Noi siamo un colloquio. Gli orizzonti della conoscenza e della cura in psichiatria*, Feltrinelli, Milan, 1999, 75-97.

⁴ BEIRNAERT L., "La sanctification dépendelle du psychisme", dans *Expérience chrétienne et psychologie*, Epi, Paris 1964, 133-142, 138.

⁵ SAINT AUGUSTIN, *La cité de Dieu*, livre I, ch. XX-VI.

⁶ GABBARD G.O., *Psichiatria psicodinamica*, Cortina, Milan 2002, -217-218.

⁷ Cf. SOVERNIGO G., *Senso di colpa*, L.D.C., Castelnuovo don Bosco (AT) 1980; GOLDBERG J., *La culpabilité. Axiome de la psychanalyse*, PEF, Paris 1985; Viorts J., *Necessary losses*, Ballantine Books, New York, 1986; SPEZIALE-BACCAGLIA R., *Colpa*, Astrolabio, Rome, 1997.

⁸ Cf. MINKOWSKI E., *Le temps vécu*, PUF, Paris 1995 (éd. or. 1933).

⁹ MINKOWSKI E., *o.c.*, 294.

¹⁰ BORGNA E. *o.c.*, 67.

¹¹ ST THOMAS D'AQUIN, II-II, q. 65, a.5.

¹² Cf. ARISTOTE, *Ethica Nicomachea*, V, 15,1138 a 5-14.

¹³ Cf. PELLIZZARO G., "Suicidio" dans COMPAGNONI F. – PIANA G. – PRIVITERA S. (éd.), *Cinisello Balsamo (MI) 1990*, 1343.

¹⁴ GABBARD G.O. *o.c.*, 220-223.

¹⁵ Can. 1240, § 1,3.

¹⁶ Can. 1184-1185.

¹⁷ ANGELINI G., "La questione radicale: quale ideale di "vita"?", dans *Œuvre collective, La bioetica. Questione civile e problemi teorici sottesi*. Glossa, Milan 1998, 177-206; REICHLIN M., "Il suicidio e la morale cristiana" dans *Rassegna di Teologia* 39 (1998); TETTAMANZI D., *Nuovo Bioetica Cristiana*, Piemme, Casale Monferrato (AL), 107-114; CHIODI M., *Tra cielo e terra. Il senso della vita a partire dal dibattito bioetico*, Queriniana, Brescia 2002.

