

Les Médecins Maîtres-Toile

[Accueil](#) ▶ [Publications médicales](#) ▶ [Recherches sur la clinique et la prise en charge du suicide](#)

Publié le : 26 octobre 2004

 [Imprimer cet article](#)

Auteur :
Jacques Louÿs



Recherches sur la clinique et la prise en charge du suicide

Sommaire

- [Importance du suicide](#)
- [Suicide impulsif et suicide affectif](#)
- ["Suicidants" et "suicidaires"](#)
- [Psychopathologie du suicidant](#)
- [Comment intervenir chez un suicidant](#)
- [Psychopathologie du suicidaire](#)
- [Que faire avec un suicidaire](#)

Importance du suicide

Le mot "suicide" aurait été "inventé" en France par l'abbé Desjardins au 17^{ème} siècle . Il vient du latin *sui*, soi et de *caedere*, tuer . Dès le début du 19^{ème} siècle et bien avant Durkheim, on en définissait déjà les caractéristiques cliniques essentielles .

Les études épidémiologiques modernes permettent de réaliser son importance actuelle comme problème majeur de santé publique . A l'occasion de la Journée mondiale de prévention du suicide le 10 septembre 2004, l'OMS rappelait dans un [communiqué](#) que "dans la plupart des pays européens, le nombre de suicides dépasse le nombre annuel des morts dus aux accidents de la circulation" . Dans le monde : "En 2001, le nombre de décès par suicide a dépassé le total combiné des décès par homicide (500 000) et consécutifs à des faits de guerre (230 000)." C'est donc un sujet important mais mal traité à mon sens, par la définition erronée qui en est donnée généralement .

On glose souvent dans les textes officiels sur les moyens utilisés par le suicidant, ou sur les causes favorisantes . Dans le communiqué précité, cela donne ceci : "On distingue un grand nombre de causes sous-jacentes complexes à l'origine d'un comportement suicidaire, notamment la pauvreté, le chômage, la perte d'un être cher, des disputes, une rupture et des ennuis professionnels ou avec la justice. Les antécédents familiaux ainsi que l'abus de l'alcool et des drogues, les sévices sexuels

subis pendant l'enfance, l'isolement social et certains troubles mentaux comme la dépression et la schizophrénie jouent aussi un rôle crucial dans de nombreux cas. Une maladie physique et une douleur incapacitante peuvent aussi accroître le risque de suicide."

Bien sûr, énumérer ces causes favorisantes peut permettre à une prévention d'exister comme de rendre difficile l'accès aux armes à feu . Mais cela n'énumère que des amplificateurs de "risque", et pas de vraies "causes" au sens de la psychopathologie . Remarquons combien la clinique du suicide pêche actuellement par défaut d'élaboration psychopathologique . Même au simple point de vue descriptif et statistique, rien dans le volumineux DSM IV ni dans la CIM 10 ! Car le suicide n'est pas pour ces collections statistiques une "maladie" au sens où elles voudraient en promouvoir le concept dans le champ psy, sur le modèle des maladies "somatiques" et "neurologiques", puisqu'il peut survenir dans des contextes et sous des aspects différents ; c'est, en effet, un trouble apparent du comportement d'origines diverses, ce que remarquait déjà Esquirol au début du 19ème siècle . Les suicides n'auraient-ils donc rien de plus à faire avec la pathologie du psychisme ?



La psychanalyse, quant à elle, dans sa multiplicité, reste paralysée par le détournement qu'elle redoute de ses élaborations par l'administratif pour les figer dans une protocolisation de soin, c'est à dire une standardisation des prises en charge qu'elle ne peut pas accepter vu sa recherche d'une analyse strictement individuelle . Elle se méfie donc de la clinique . En quoi elle pêche par idéalisation et oublie que ses grands fondateurs ont toujours été de fins cliniciens, avec des élaborations très construites mises en tension dialectique vis à vis de leur pratique analytique proprement dite . Et que cette dialectique leur était indispensable pour fonctionner en pratique .

Bref, très peu de professionnels travaillent aujourd'hui réellement la clinique du suicide . Les professionnels "psy" ont pourtant besoin de repères clairs et solides pour intervenir à ce propos même s'il ne faut pas oublier les facteurs de risque et si l'adaptation à chaque cas personnel reste nécessaire . Il y a la clinique pressante, énorme, et les grandes directions de prise en charge qu'elle peut entraîner logiquement en fonction de la compréhension de ses déterminismes psychopathologiques . [1]

Mais de quelle clinique s'agit-il en ce cas ? Il s'agit de la clinique du "narcissisme", de l'amour-propre au sens large, qui met en jeu le corps puisque c'est la mort de ce corps qui est en conclusion dans le suicide . La façon dont nous concevons la construction des équilibres de ce narcissisme nous donne les clés des ruptures de ces équilibres qui peuvent aboutir à un suicide . Ce sont, certes, en partie des considérations nouvelles, mais, avec le suicide, nous nous trouvons aussi à redécouvrir des considérations psychopathologiques plutôt anciennes qui étaient bien connues autrefois de l'Université ; nous sommes mêmes amenés à les conforter en montrant la logique interne, ce qui montre qu'elles n'étaient pas si mauvaises que cela et que l'on peut toujours s'y rapporter avec intérêt . En résumé, ces considérations distinguent, si l'on veut utiliser des termes savants, le suicide-symptôme du suicide-trait . Le même Esquirol séparait ainsi déjà fort bien en 1830 les suicides "aigus" des suicides "chroniques" que nous appellerons plus loin des suicides "impulsifs" et des suicides "affectifs" .

La conférence de consensus française d'octobre 2000 sous l'égide de l'Anaes, intitulée : **La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge**, n'a pas cru bon malheureusement de retenir cette distinction essentielle et a mélangé les éléments des suicides aigus et des suicides chroniques en un texte confus et peu utilisable en pratique, d'où ce texte de recherche clinique pour reprendre la réflexion à ce sujet sur des bases plus utiles pour le soignant.

Suicide impulsif et suicide affectif

En effet, il n'y a pas qu'un tableau clinique du suicide mais au moins deux, à savoir :

- ▶ le suicide névrotique, non volontaire, effondrement impulsif dans un passage à l'acte catastrophique de disparition soudaine ; c'est le suicide-symptôme, le suicide aigu d'Esquirol ;
- ▶ le suicide "préparé", "ruminé", des mélancoliques qui n'est pas un acte pour autant mais un laisser-mourir psychotique de fond, une réaction affective désastreuse au long cours, où le suicidaire va chercher à être "assisté" par un environnement ou un complice adéquat à un moment donné pour pouvoir en "terminer" avec la souffrance de la vie ; c'est le suicide-trait, le suicide chronique d'Esquirol .

Leur intrication est possible lors d'une déglingue psychique prolongée, mais leurs caractéristiques propres permettent généralement assez rapidement de savoir à quelle catégorie l'on a à faire face à la mort auto-réalisée ou à la tentative de suicide de quelqu'un .

Leur distinction nous permettra aussi d'exclure ce qui n'est pas suicide mais meurtre de soi-même . La définition généralement donnée du suicide, à savoir un "acte" où l'on se donnerait "volontairement" la "mort", est en fait l'exemple même d'une mauvaise définition . **Le suicide n'est surtout pas un acte qui consisterait à se donner volontairement la mort !** Quand c'est un acte, il est involontaire et quand il est volontaire, ce n'est pas un acte, comme nous allons le préciser .

"Suicidants" et "suicidaires"

S'il y a acte, c'est d'abord comme symptôme incontrôlé, involontaire, qui échappe au contrôle de la personne même si la personne qui a vécu cet acte sinistre en réchappe et "explique" à sa manière les raisons de ce qui s'est passé . La réalité, c'est que le suicidant n'a pu empêcher que surgisse à un moment donné un acte impulsif de meurtre sur soi-même . C'est une envie anormale, folle, qui se manifeste ainsi et qui peut passer aussi vite qu'elle est venue . La tentative de suicide est en ce cas un "symptôme", retour calamiteux du refoulé, après écroulement de l'image idéale de soi . Le suicidant est ainsi un névrosé qui connaît un moment de folie impulsive . La mort est heureusement souvent ratée de par cette impulsivité même qui entraîne une certaine maladresse (il échoue neuf fois sur dix selon certaines études) mais pas toujours . On parle généralement de "tentatives de suicide" pour qualifier ces impulsivités, mais n'oublions pas que ces "tentatives" peuvent être mortellement réussies quand même !

Une autre manière de mourir, c'est quant au comble de la dépression, la personne réagit en outrant sa réaction dépressive et que l'émotion l'aide à amplifier sa vision péjorative de son existence où il n'y a plus lieu de prolonger cette existence . Le suicidaire se laisse alors follement mourir, de faim, de soif, d'étouffement etc. C'est une réaction affective malheureuse psychotique et non un acte volontaire de sa part . Il n'y a pas d' "acte" justement, mais un arrêt de l'action de vivre, de la volonté et du désir de vivre car il n'a plus "goût à rien" dans son outrance affective . C'est donc un mode de défense contre la vie elle-même, une paradoxale conduite inhibitrice totale, un "anti-comportement" radical en ce cas et non un symptôme . Il ne se donne pas la mort volontairement puisqu'il est inhibé quant à l'action par définition, mais il peut attendre longtemps, des années parfois, pour trouver la situation adéquate où se placer pour être obligé de périr, par exemple attendre de se trouver devant l'eau de la rivière qui le noiera ou se mettre dans un endroit confiné où il finira par étouffer ou trouver l'âme compatissante ou obéissante qui pourra "l'aider" à se faire assassiner, ou utiliser comme prétexte une mise en scène mythique à imiter un peu trop à la lettre si l'on est croyant (comme les mythes religieux les plus morbides : la crucifixion etc.), ou utiliser l'aide d'un soutien de groupe comme dans les pactes de suicide à deux ou à plusieurs, tout cela donnant un aspect "assisté" à cette voie vers la mort corporelle . Ce n'est pas lui qui agit mais il meurt en réaction à une action extérieure qui l'assiste pour cela . Nous utilisons volontairement ce mot de suicide "assisté", vu les élaborations actuelles sur l'euthanasie dite "assistée" qui pose de graves problèmes si l'on tient compte de l'existence de ce suicide-trait .

Nous utilisons artificiellement les termes "suicidant" et "suicidaire" dans cet article pour nommer les protagonistes de ces deux grandes figures cliniques afin d'en faciliter la description . Un suicidant impulsif névrotique n'est pas dépressif a priori et n'a pas à le devenir, sauf extension de sa pathologie vers une décompensation en psychose . Un "suicidaire" psychotique, mélancolique, qui peut ruminer longtemps l'émotion de sa disparition, se laissera mourir de lui-même en quelque

sorte, en n'agissant plus assez pour vivre ou pour se défendre . Et s'il devait passer à l'acte meurtrier sur lui-même, au lieu d'utiliser une "assistance" externe, ce serait de façon impulsive, en se transformant en "suicidant", c'est à dire en conjoignant les deux affections .

Pourquoi les distinguer alors, si un "suicidant" peut devenir aussi "suicidaire" à la limite et inversement ? C'est que la prise en charge n'est pas la même dans les deux cas pour un thérapeute ; même si celui-ci se trouve devant une extension clinique où le suicidant est aussi un suicidaire ou que le suicidaire est devenu un suicidant, il lui faut réfléchir à la façon de conjuguer les deux prises en charge si nécessaire . Il lui faut aussi prendre en considération les cas où il s'agit d'un meurtre sur lui-même et non d'un suicide et ne pas confondre ces situations . Car la responsabilité pénale de la personne devrait être alors engagée, ce qui n'est pas le cas actuellement en France, tant que l'on confondra ces comportements de mort volontaire avec ce qui n'est pas comportement de mort volontaire, à savoir le suicide .

Psychopathologie du suicidant

Poursuivons plus en détail l'effondrement impulsif du suicidant névrotique . Il s'agit d'un névrosé de base chez lequel nous pouvons trouver des traits divers de ce mode de défense :

- ▶ l'angoisse chronique comme trait de fond,
- ▶ le caractère moralisateur voire imprécateur au niveau social,
- ▶ le souci de vertu sexuelle sans faille pour lui-même et son partenaire...

Mais surtout, c'est le côté imaginaire de construction d'une image corporelle idéale, d'un "moi-idéal" qui est en question en ce cas . C'est un sujet ayant beaucoup développé cette idéalisation de lui-même sous la forme d'une anticipation plaisante de lui-même, prolongement du stade du miroir infantin . C'est quelqu'un qui sait se regarder et se faire regarder par son entourage comme quelqu'un de bon ou de beau, d'élégant ou de brillant, d'intéressant, d'admirable, capable de réflexions profondes . Il est inquiet d'être toujours d'un cran en avance sur les autres au niveau réflexif . Il aime se voir ainsi et être reconnu ainsi . Mais cette personne névrosée pêchera par une certaine faiblesse de réalisation de son action, notamment de son action corporelle propre, celle qui lui permet d'agir en douce, en secret, hors de la vue des autres, d'agir et de produire pour lui-même et de façon autonome, ce que nous appelons la construction d'un "moi-secret" hors du miroir des autres . C'est donc une personne capable d'être brillante pour son entourage, physiquement ou cognitivement, mais peu autonome en réalité, inhibée quand il s'agit de développer une action propre et indépendante surtout corporellement comme de partir seul en voiture ou de soigner son intimité .

Et c'est cette personne comportant ainsi un déséquilibre de base de son fonctionnement psychique qui présentera au mieux ces effondrements impulsifs de la tentative de suicide où il agira maladroitement tout à coup pour se mettre à mort . Le "suicidant" accomplira sa tentative de suicide de façon peu élaborée : il voit une corde et l'envie irrésistible de se pendre surgit ; il voit un fusil et il presse la gâchette contre lui ; il voit un tube de médicaments et il l'avale sans réfléchir ; il voit un arbre au bord de la route et il fonce dedans avec sa voiture... Plus qu'une idée, c'est une envie folle qui le prend et l'amène à passer à l'acte de mort . La crise suicidaire est un passage à l'acte qui vient comme symptôme anti-représentation chez un névrosé obnubilé habituellement par ses représentations et qui contraste donc tout à fait avec son inhibition chronique et ses actions autonomes poussives . Parfois, cette envie impulsive peut être relativement contrôlée rapidement et la crise passer ainsi . Ou elle peut être mise en acte de façon plus ou moins élaborée et maladroite ; le suicidant se reprend entre temps, ce qui peut lui permettre d'en réchapper : par exemple, il avale des médicaments et appelle à l'aide un proche avant de tomber dans le coma où il laisse un message téléphonique d'alerte . Mais le passage à l'acte peut être mortel du premier coup .

La mort est, pour lui, une façon involontaire de se dissimuler au maximum, de "disparaître", de réaliser caricaturalement cette autonomie qui existait peu auparavant . C'est pourquoi elle peut se situer dans le cadre d'une fugue soudaine et incompréhensible pour l'entourage, non préparée . C'est pourquoi aussi elle peut être accompagnée de meurtres soudains où le suicidant fait disparaître en quelque sorte les personnes qui étaient les témoins de l'image idéale d'auparavant, comme son conjoint ou ses enfants (voir ces infanticides impulsifs horribles qui défraient

épisodiquement la chronique des journaux) . Le suicidant est alors généralement reconnu comme responsable de son acte fou par les experts car il n'est pas considéré comme psychotique de fond, alors que dans le cas où son meurtre se situe lors d'une extension de sa psychose avec un côté mélancolique ou délirant marqué, il est considéré comme irresponsable... Une des difficultés de parler du suicide-symptôme vient sûrement de ce refus affirmé des experts et de la justice de le considérer comme involontaire, notamment quand il s'accompagne d'impulsivité de meurtre . Ce qui fait que les suicidants de ce type qui restent non meurtriers, se retrouvent après leur tentative quelques jours à l'hôpital où il voient passer un "psy" ne les trouvant pas très dépressifs ; la plupart du temps ils rentrent chez eux sans qu'une réelle considération et prise en charge de leur problème soit effectuée . Cela reste une incongruité non-explicable ou rationalisée sommairement et banalisée . Il y a donc souvent récurrence et mortalité en conséquence (entre 10 et 20 % des suicidants finiraient par mourir de leurs tentatives) .

Le suicidant n'est, en effet, généralement pas dépressif affectivement ou alors pas au point de penser à la mort de façon affective . Il n'y a pas chez lui de méditations folles préalables et prolongées sur le soulagement espéré de la vie par la mort . Et comme il y a arrêt de l'hypercognitivisme de base lors de l'émergence du symptôme, le suicidant agit dans un vide de pensée qui paraît toujours surprenant au professionnel interrogeant le rescapé . C'est un repère clinique important en pratique : le suicidant aigu, impulsif, ne pense à rien dans sa tentative de suicide en contraste avec les ressentis et élaborations prolongées du suicidaire psychotique qui choisi volontairement de se laisser mourir . On peut quand même souvent comprendre a posteriori ce qui a déclenché la tentative de suicide, ce qui a mis en cause l'image idéale de soi de la personne et l'a fait s'effondrer . Cela peut être une "cause" mineure et surprenante mais c'est alors la goutte d'eau faisant déborder un vase idéal plus précaire qu'il n'apparaissait . Il ne faut donc pas s'écrier devant le suicidant rescapé qu'il a craqué pour une cause apparemment mineure et s'en scandaliser pour le culpabiliser, car c'est oublier tout le problème d'équilibre sous-jacent ayant cédé sous ce qui peut apparaître comme une pichenette au premier abord . Un travail psychothérapique ultérieur est donc indispensable à ce niveau pour élucider l'affaire .

Notons enfin que la "crise" de suicide peut devenir assez répétitive, les envies retenues à temps ou avec passage à l'acte plus ou moins réalisé devenant assez fréquentes et éprouvantes ; le suicidant entame une lutte pénible contre les envies folles qui surviennent et il faut alors évoquer le passage vers une forme d'état suicidaire chronique, où il va finir par arrêter de lutter et va considérer la mort comme une solution effective et souhaitée à son problème .

Comment intervenir chez un suicidant

1) Au décours de la crise suicidaire :

En suivant la logique de la psychopathologie, nous comprendrons qu'au décours de la crise suicidaire, il s'agit d'intervenir pour aider le suicidant, réchappé de la mort, à reconstruire une image idéale possible de lui-même en lui rappelant ses qualités propres et précieuses, combien elles sont appréciées de son entourage et combien la disparition du suicidant les aurait fait manquer . C'est donc une démarche de soutien dynamique et qui va, si possible, mettre à contribution les proches du suicidant à cette fin . Mais il s'agit aussi de maintenir l'énigme de l'acte impulsif et du non-pensé, du non-réfléchi de cet acte afin de ménager une démarche psychothérapique ultérieure .

2) La prise en charge psychothérapique ultérieure :

La prise en charge par la suite, si elle peut s'établir, s'efforcera de construire avec le suicidant une relation de travail où sera déjà accepté ce mystère du symptôme-suicide qui n'aura pas été banalisé trop vite par des rationalisations hâtives .

Cette prise en charge psychothérapique devra cette fois-ci travailler le contraire de l'image idéale, à savoir ce que le suicidant n'avait pas assez construit dans sa vie narcissiquement et qui est réapparu calamiteusement dans le symptôme, c'est à dire son moi autonome sous ses formes discrètes, voire secrètes, son autonomie personnelle stricte, hors de la vue des proches . Le travail devra donc relativiser les idéaux du suicidant et déjà son idéal corporel imaginaire en argumentant les qualités d'équilibre nécessaire au psychisme pour fonctionner sans symptôme . Il ne s'agit pas

de l'entraîner dans des positions anti-morales ou anti-esthétiques mais de dégager un espace où ces positions ne sont pas nécessaires et même nuisent à l'action personnelle .

Comme le cadre général de travail sera celui de l'équilibration de la névrose en général, en débordant les positions narcissiques strictes du suicidant, ce sera donc une indication tout à fait correcte de la cure analytique .

Psychopathologie du suicidaire

Tout autre est le suicidaire affectif, "chronique" comme disait Esquirol pour en définir la problématique prolongée et qui apparaît sous bien des égards comme le comble de ce que nous appelons ici la psychose affective, mode de défense chronique contre les symptômes de cette psychose : hallucinations, interprétations forcées, impulsivités sexuelles à risque et surtout impressions de dépersonnalisation et de perte .

Nous rencontrerons donc facilement chez lui les traits de psychose affective autres que les traits narcissiques . Ce sont comme traits de fond :

- ▶ les symbioses fascinatrices
- ▶ l'échec social par manque complet de "compétitivité" et les délires isolants consécutifs (persécution)
- ▶ les délires érotomaniaques et de jalousie sexuée...

Mais surtout, au point de vue narcissique, on va avoir tous les aspects possibles des auto stimulations émotionnelles démesurées . Cela veut dire que tous les traits cliniques "affectifs" de la psychose affective comme mode de défense vont pouvoir se rencontrer et pas seulement le trait mélancolique de la tristesse la plus profonde, bien que fréquent dans le suicide-trait . Dans cette affection, l'humeur déchaînée n'est pas toujours "triste", elle peut être mêlée de joie irraisonnée, d'irritabilité majeure, ou remplacée par de la haine totale, ou de la jalousie délirante, ou de la peur massive et sans rémission, ou du dégoût profond etc. On peut essayer de résumer ces affects en parlant de désespoir : ne plus avoir d'espoir, c'est ne plus avoir d'avenir, être complètement perdu, ne plus avoir d'acte à agir pour exister, pour s'affirmer dans la vie . C'est la perte du désir d'affirmation de soi comme trait de fond de caractère et c'est chez ces personnalités que le suicide vient mettre une touche finale à une long éprouvé péjoratif, comme l'inéluctable et seul soulagement possible d'une situation existentielle impossible . Si le suicidaire "rumine" cognitivement, "pense", c'est pour penser aux façons d'en terminer une bonne fois pour toute, mais pas toujours car la "ruminantion" affective ne nécessite pas vraiment de réflexions élaborées . C'est un éprouvé plus qu'une rationalisation cognitive et il a souvent beaucoup de mal à l'exprimer, le plus souvent par des attitudes souffrantes à décrypter, mais ce n'est pas le vide de penser du suicidant impulsif qui se précipite dans la mort activement . Il ne va pas chercher un train pour se précipiter devant, mais il va se coucher sur les rails en attendant la venue de la locomotive . C'est l'autre qui agit pour lui et sa réaction est d'acceptation et de résignation totale à l'inéluctable .

L'assistance recherchée pour "en finir" peut être très simple : on se perd dans un bois pour mourir de faim et de soif puisque il n'y a rien à manger ni à boire dans ce lieu . On reste avec un mari violent jusqu'au geste de trop de celui-ci . On ne prend pas le traitement médical qui assure votre survie en symbiose avec un gourou dangereux ou on ne suit pas le régime alimentaire adéquat . On prend trop facilement des médicaments dangereux ou on les réclame à une âme trop compatissante . On rompt avec le conjoint qui veut vous entraîner absolument à vivre... Il y a aussi tous les comportements à risque que l'on qualifie d'équivalent-suicide à juste titre, quand le suicidaire ne cherche plus à s'écarter à temps du danger ou à avoir la possibilité de le faire en laissant la fatalité de l'action terminale à un certain hasard ou à une certaine "chance" qui ne peut toujours se reproduire, comme dans le jeu de la roulette russe, ainsi que les anorexies poussées aux extrêmes et les addictions diverses : alcoolismes graves, usages de drogues puissantes où on ne réchappe pas toujours des comas graves résultant de l'ingestion de doses fortes .

Le moment même du "mourir" peut être assez ruminé d'avance comme une occasion à saisir et prévue comme pouvant assister efficacement l'effacement du suicidaire, mais pas toujours ; cela peut-être une occasion singulière qui donne au suicidaire la situation opportune à se laisser aller comme de ne pas s'écarter volontairement d'un danger apparu soudain, par exemple un incendie .

Que faire avec un suicidaire ?

1) Après l'échec du suicidaire d'arriver à mourir :

Tout autre est la prise en charge du suicidaire qui n'a pas été confondu avec un suicidant . L'échec de la manœuvre suicidaire persuade souvent celui-ci de l'indignité supplémentaire qu'il présente par son échec même et renforce encore, si c'était possible, son sentiment de perte . Il y a une pérennisation de l'affect péjoratif de base qui caractérise l'existence du suicidaire .

Une prise en charge psychiatrique est indispensable, y compris hospitalière si le suicidaire refuse catégoriquement toute aide à son état voire si il s'y oppose au nom d'un appel fallacieux aux libertés individuelles . Il est donc capital que le soignant sache se débattre avec ce problème et soit formé suffisamment pour ne pas tomber dans le piège d'un libéralisme mortifère réveillant en fait son propre trait dépressif . Il ne doit pas devenir complice un tant soit peu de l'affect désastreux du suicidaire et doit refuser tout soutien, tout "assistanat" envers ses buts sinistres .

Le traitement médicamenteux comporte d'une part des psychotropes sachant calmer l'hyperaffectivité du suicidaire (neuroleptiques agissant sur la dopamine cérébrale) et d'autre part des antidépresseurs sachant remettre en selle les circuits de posture d'action (agissant sur la sérotonine cérébrale) . Le problème de ces derniers est que cela peut très bien induire une extension de la psychose du suicidaire vers un aspect de typesuicidant, où il va, par les capacités d'action retrouvées, être poussé à un suicide impulsif involontaire . Cela n'est pas un risque seulement au début des traitements anti-dépresseurs à mon expérience et un travail de recherche à ce niveau serait très utile en dehors de celui des laboratoires pharmaceutiques . Notons combien l'emploi si développé des antidépresseurs peut contribuer actuellement de ce fait au brouillage des tableaux cliniques et à leur difficile distinction au fur et à mesure de la prise en charge du suicidaire . Ce ne sont donc pas des médicaments simples et faciles comme leur distribution *larga manu* actuelle pourrait le faire croire . Signalons aussi que l'acceptation trop facile du suicidaire de doses importantes, ou sub-toxiques de médicaments ou la recherche d'augmentations incessantes de posologie, peuvent être un essai de transformer subrepticement le soignant en "assistant" de mort amenant ainsi la solution finale à son patient sous couvert de soins attentionnés .

2) La prise en charge psychothérapique ultérieure :

Au décours du traitement institutionnel et médicamenteux de l'état suicidaire, ou parallèlement à ce dernier s'il est poursuivi en traitement d'entretien, le traitement de fond psychothérapique interviendra pour permettre à la personne de retrouver une affirmation de soi suffisante pour lever le refoulement moïque en jeu dans ses positions hyperaffectives . Le "moi" à développer n'est plus cette fois-ci le moi-secret du suicidant, mais le moi officiel, le "moi-fort", celui qu'une personne à plaisir à qualifier et à tenir posturalement pour se définir à ses yeux et aux yeux des autres . De nombreuses méthodes peuvent s'envisager si elles permettent un "soutien" à la reprise de l'élaboration de ce "moi" . La cure analytique, elle, doit être aménagée pour devenir "active" et encourageante en se dégageant des principes de neutralité de la prise en charge du névrosé .

[1] Voir l'article du journal *Le Monde* du 23-10-04 : Une enquête décrit l'ampleur des troubles psychiques en France

« ...un éclairage nouveau sur la question du suicide en France. Alors que 11 000 suicides et 160 000 tentatives sont recensés chaque année en France, l'enquête a isolé un risque suicidaire élevé chez 1,9 % des personnes interrogées. 0,7 % d'entre elles déclare ainsi avoir fait une tentative de suicide au cours du mois écoulé - un chiffre très important.

"Nous avons là une bonne indication de la sous-estimation, qui doit être de 30 %, du nombre de tentatives de suicide recensées chaque année", explique le docteur Guillaume Vaiva, spécialiste du suicide et responsable d'une unité Inserm. 7,8 % des personnes interrogées déclarent avoir déjà fait une tentative de suicide dans leur vie, soit 6,4 % des hommes et 9,1 % des femmes. "Cela confirme que nous avons, en France, un problème spécifique avec le suicide", estime le docteur Vaiva, qui rappelle qu'il s'agit de la troisième cause de mortalité dans le pays



 [Imprimer cet article](#)

Copyright Médecins Maîtres-Toile francophones
[Espace membres](#) - [Administration](#) - [Crédits](#)
