

Le Geste Suicidaire comme évènement de vie ?
Modérateur : Professeur J. GUYOTAT (Lyon)

Suicide et événements de vie : ambiguïtés méthodologiques et psychothérapiques

A. MALCHAIR * (Liège)

Résumé : En se basant sur un exemple clinique caricatural, l'auteur propose une réflexion critique des approches épidémiologique et subjective des événements de vie, qui se minimisent trop l'une l'autre, au niveau des présupposés théoriques notamment ; cela mène à une vision réductrice des ambiguïtés existant entre événement et personnalité.

Mots-clés : Suicide - événement de vie - psychothérapie.

C'est par un exemple clinique où l'ambiguïté des "événements de vie" est particulièrement caricaturale que je voudrais commencer cet exposé.

Jean a 25 ans lorsqu'il me consulte en 1984 pour malaise existentiel profond et culpabilité homosexuelle : il mène une "double vie" où tout lui paraît faux. Il cache son homosexualité qu'il vit comme un plaisir malsain mais qui l'attire sans cesse ; il s'enfuit après chaque relation sexuelle, fort rare au demeurant et il n'a donc jamais eu de compagnon stable. Sur le plan hétérosexuel, ses essais avec deux femmes ont échoué mais celles-ci sont en fait ses seules amies. Il n'a pas d'ami du sexe masculin.

Double vie puisqu'il cache son homosexualité au travail mais surtout à sa famille devant laquelle il se présente comme un petit garçon sage, plutôt niais, qui n'a guère de plaisir.

Les figures parentales sont clivées : le père est recherché mais inaccessible, craint et détesté, ce père ne le voit pas puisqu'il n'a "d'yeux que pour son frère" ; la mère est enveloppante, carressante, fusionnelle, dans une sorte de relation "narcissique à deux" où chacun serait le miroir complaisant de l'autre ; ainsi comparent-ils la douceur de leurs cheveux ; quant au frère, c'est le cadet brillant, aimé du père alors que lui-même est le raté.

On relève dans son histoire plusieurs événements qui vont le perturber gravement :

1) à l'âge de 12 ans, il subit dans un cinéma une séduction homosexuelle, assez passivement semble-t-il, qu'il n'osera jamais avouer à ses parents ; selon lui, le traumatisme ne serait pas la séduction mais le fait que son père n'aurait pu accepter un tel aveu donc qu'il a dû se taire.

2) vers 19-20 ans, il est surpris par la police, dans un cinéma encore, dans une situation de masturbation à deux. Il n'aura aucune suite judiciaire mais l'idée obsédante d'un "dossier" le poursuit.

3) à 26 ans, alors qu'il consultait déjà depuis quelques mois, il est agressé dans son travail de facteur : sous la menace d'un révolver sur la tempe, on lui vole sa sacoche et l'argent des pensions qu'il devait distribuer.

C'est à partir de cette agression que la décompensation va se dérouler sur un mode irréversible, les différents interrogatoires de la police à laquelle il va fournir des versions contradictoires de l'événement, vont le mettre dans un état de grande tension. A ce moment, il est en incapacité de travail, extrêmement agressif envers les postes et envers moi-même. Il reprend cependant ce travail après plusieurs mois, mais de manière chaotique, avec une peur panique lorsqu'il doit à nouveau distribuer de l'argent.

4) Un nouvel événement va précipiter le processus ; du fait de la multiplication des hold-ups dans notre région et sans doute lassés par ses versions incohérentes, les policiers vont lui faire subir un interrogatoire prolongé, sans brutalité mais avec "fermeté" : il en sort psychiquement décomposé et réalise une première tentative de suicide particulièrement théâtrale qui permet à ses parents d'intervenir abruptement dans son existence.

5) Ses parents vident l'appartement où il vivait seul et lui supprime de ce fait toute vie personnelle : il ne sort plus que pour son travail, n'a plus de vie relationnelle en dehors de ses parents et de moi-même qu'il consulte encore de manière plus ou moins régulière.

Une nouvelle tentative de suicide s'ensuit, tout aussi peu vraisemblable et nous essayons à nouveau de l'hospitaliser, avec une nouvelle attitude de refus de la part des parents comme lors de la première tentative, assorti cette fois d'un chantage particulièrement net : ils cesseront toute relation s'il accepte l'hospitalisation : il reste quelques heures puis s'enfuit de l'hôpital.

Il continue à consulter, multipliant les projets suicidaires farfelus ou sérieux : à l'approche des vacances où il va accompagner ses parents, il projette de se jeter devant eux, dans la mer, du haut d'une falaise.

6) Je ne le verrai plus mais j'apprendrai par les faits divers d'un journal qu'il est tombé "accidentellement" du 6^e étage d'un building, en visite chez une amie (en fait un de ses deux essais hétérosexuels). Il ne s'agit évidemment pas d'un accident mais d'un suicide qu'il avait projeté lui-même de maquiller en accident pour ne pas culpabiliser ses parents.

7) L'histoire ne s'arrête pas là ; un an plus tard, je reçois la visite du père qui s'insurge contre une démarche posthume de l'administra-

* Alain MALCHAIR, Neuropsychiatre, Assistant Service de Psychologie Médicale et Psychiatrie Dynamique, Service du Prof. Luminet, Université de Liège, boulevard de la Constitution 153, 4000 LIÈGE.

Tirés à part : A. MALCHAIR, adresse ci-dessus.

tion : le service médical de la régie des postes avait en effet déclaré Jean "guéri" de toute séquelle de l'agression.

Ne voyez dans la démarche du père aucune recherche d'argent : le patient étant décédé, aucune rente ne pourrait être versée; il s'agit pour le père de relier l'événement suicide à l'événement agression dans le but évident d'expliquer le drame, de se déculpabiliser. Si Jean était guéri, il faudrait trouver une autre explication : l'homosexualité pressentie mais pas clairement reconnue, mais aussi, qui sait, pourquoi pas le contexte familial et les conflits insurmontables; ceci serait bien sûr une causalité de "situation chronique" intolérable et il lui faut préférer un "événement ponctuel" repérable et susceptible d'être englobé dans un mécanisme projectif "donc manipulé". Pourtant cet événement a bel et bien eu lieu, il n'a pu en effet être dépassé et en effet cette agression a été le point de départ du chemin qui a mené Jean à la mort. Ainsi ma position de psychothérapeute rejoint, dans son extériorité "objective", la manipulation projective et déculpabilisante d'un des acteurs directs du drame.

On sait que l'approche des événements de vie est double, d'une part la perspective épidémiologique où l'événement est appréhendé dans son extériorité par rapport au sujet et est quasiment assimilé à un facteur de stress ; ce qu'on appelle la méthodologie des événements de vie, des "life-events" en est donc issue. D'autre part, l'événement peut être aussi considéré dans sa dimension subjective, dans la mesure où un événement n'existerait que s'il a un sens pour le sujet considéré avec les implications au niveau conscient mais aussi inconscient de cette position.

Le problème posé dans chacune de ces perspectives présente, me semble-t-il, un certain nombre d'ambiguïtés. L'approche anglosaxonne peut être, encore actuellement, caricaturale. Ainsi, dans un numéro récent du sérieux journal "Psychological Medicine" de 1984, une étude sur les événements de vie et la dépression, s'interroge sur l'état mental des femmes étudiées, état mental considéré comme facteur de "contamination" qu'il faut tenter d'éliminer par divers artifices mathématiques.

Soyons justes, la mode est plutôt à l'approche plurifactorielle où les facteurs de personnalité sont reconnus, mais à quel niveau d'importance ? L'étude très célèbre de Brown et Harris sur les troubles psychiatriques chez les femmes en milieu urbain propose un schéma où l'"impact psychologique" et l'"estime de soi" sont en pointillé dans le chemin qui mène à l'épisode dépressif parce qu'il s'agirait d'un "processus intermédiaire hypothétique".

Le problème actuel me paraît venir des relations étroites qu'entretiennent dans cette conception les événements de vie avec le stress : pour tout dire il ne serait plus de life event que stresser, et les facteurs de personnalité représenteraient simplement une variable intermédiaire qui modulerait les manifestations de stress. Le raisonnement paraît tautologique puisqu'il devient évident d'analyser les effets d'un événement en terme de stress psycho-physiologique dès lors que l'événement en question est posé à priori comme agent stresser. Par ailleurs l'approche "subjective" pose d'autres problèmes lorsque l'événement n'est plus défini que par sa signification pour le sujet : "il n'y a d'événement que pour l'homme et par l'homme; c'est une notion anthropocentrique non une donnée objective" nous dit le Prof. **Tatossian** en citant **Roger Bastide**.

L'événement n'interviendra, au mieux, que comme circonstance d'apparition d'un facteur psychologique individuel; mais si l'on définit un événement par sa signification pour la personne, on en arrive à confondre l'événement et la réaction puisque cette réaction repose précisément sur l'impact subjectif de l'événement, ce qui me paraît poser un problème théorique et méthodologique. Je dois avouer être gêné par l'introduction du Prof. **Guyotat** dans son récent ouvrage sur les événements de vie lorsqu'il nous indique que d'une part, ce à quoi nous avons à faire, c'est à des événements considérés comme ayant réellement eu lieu, tant par le patient que par le groupe, mais que, d'autre part, il envisage dans une perspective clinique certes, les événements comme racontés, annoncés, dans une chaîne symbolique magique, au pouvoir politique, séducteur, critique... et que la réalité de l'événement n'intervient que comme 6^e et dernier critère d'évaluation psychopathologique.

Définir un événement par ses effets subjectifs quasi exclusivement, ne revient-il pas à évacuer implicitement le poids de la réalité extérieure sociale, comme simple contingence plus ou moins intégrable au vécu personnel ? N'y-a-t-il pas quelque abus à n'envisager une perte d'un conjoint par exemple que comme le vécu d'une perte alors qu'en toute logique cette perte a d'abord dû avoir lieu avant que d'être vécue ?

On m'objectera peut être qu'il s'agit là d'arguties sans intérêt clinique ou psychothérapique. Je ne le crois pas. Sur le plan étiopathogénique, la position "subjective" permet le glissement vers une explication où le sujet provoquerait lui même ses événements, dans la majorité des cas. Ainsi, **Tatossian** indique : "Il faut aller plus loin et se demander si en un certain sens tout événement n'est pas sinon produit tout au moins constitué comme tel par le sujet ?". Plus loin encore, pour **Amiel Lebigre** "nous pouvons davantage considérer les événements stressants comme des effets de l'organisation pathologique de la personnalité des déprimés que comme des facteurs de causalité". Cette approche me paraît contestable car elle suppose à priori une prédisposition à la morbidité, qu'il s'agisse de l'interprétation nécessairement négative d'un événement par le sujet ou d'une tendance à provoquer soi même les événements négatifs. Les événements peuvent exister par eux mêmes. Ce point de vue qui ne s'adresse évidemment pas à la cure psychanalytique est important en psychothérapie car tant au niveau des interventions que de l'attitude contretransférentielle globale, notre position ne pourra approcher un problème comme l'exemple cité du vécu de perte, sans intégrer dans notre compréhension des mécanismes en cause, la réalité de l'événement - perte pour, à la fois alimenter notre capacité d'identification et surtout pour mieux disserner la manipulation de cette réalité par le sujet. Je vais y revenir dans un instant.

Il s'agirait donc, comme le formule **Crocq** de : "réhabiliter l'événement dans sa dimension commune, dans son poids social, j'oserais dire dans sa réalité quotidienne"; avant de savoir si un événement est par exemple magique ou institué, ne faudrait-il pas le caractériser par ses éléments constitutifs : événement de perte, événement de changement, événement de déficit, événement de gain... dont l'effet final sera évidemment déterminé par la signification que cette caractéristique prévalente va revêtir pour le sujet en question. Ceci se place dans le droit fil des réflexions de **Crocq** sur les névroses traumatiques de guerre, qui me paraissent pouvoir s'appliquer bien au-delà de cette situation particulière; à côté du concept de traumatisme, dilué selon lui, et de l'hypothèse de la névrose latente antérieure trop restrictive, il soutient cette 3^e voie qui "ne conçoit le pouvoir de l'événement ni comme pure causalité extérieure ni comme facteur occasionnel ou révélateur mais comme expérience vécue de bouleversement intense, désorganisant la personnalité, la faisant accéder à ses propres potentialités morbides, donnant corps à certains passés possibles et pas à d'autres, confirmant certaines vérités jusqu'à présent sursitaires et infirmant d'autres significations désormais dérisoires".

Ceci me paraît s'appliquer exactement au drame vécu par le patient tel que je l'ai relaté : l'agression pendant sa tournée n'était pas une pure causalité extérieure comme le prétend son père, ni la simple contingence qui aurait amené la décompensation d'une structure très fragile, c'est l'irruption d'un événement-danger réel, dont la réalité même n'a jamais pu être intégrée, d'abord en raison de son poids objectif et ensuite en raison de la précarité des défenses du patient. L'impact psychopathologique d'un événement devrait d'abord se mesurer par sa charge de réalité commune et la modalité de réaction individuelle devrait lui être "comparée".

Cette position pour importante qu'elle soit en psychothérapie n'en est pas moins difficile à tenir car elle se prête à toutes les manipulations de la part du patient : accepter l'intrusion de la réalité de l'événement dans la compréhension de son vécu permet la mise en place de mécanismes défensifs où la projection risque de prendre une part prédominante. C'est en tout cas ce qui s'est passé avec mon patient Jean : à partir de cette agression, il a eu "droit" à une prise en charge psychothérapique remboursée intégralement par la Régie des Postes. Il a continué sa thérapie sans dire qu'il était déjà pris en charge car son opinion était de "faire payer les Postes" pour le manque de protection, l'absence de port d'armes... au point que la dimension anxieuse, la souffrance indélébile étaient noyées dans le tissu des

revendications : la défense est évidente et il est clair que la pathologie sous-jacente, bien plus grave ici que la névrose latente dont parle Crocq, a débordé l'équilibre psychique du patient, plus encore que l'agression. N'empêche, celle-ci, dans sa réalité violente et dans ses potentialités de manipulations sociomédicales devait être acceptée à son égard comme du reste à l'égard du père : quels que soient mes sentiments face aux parents et à leur position, il me paraissait impensable, si cela m'était demandé un jour, de ne pas accepter leur "revendication", c'est-à-dire relier le suicide à l'agression, à la fois parce qu'elle est justifiée au moins partiellement mais aussi parce qu'il n'y a aucune raison thérapeutique de leur renvoyer une culpabilité dans la mort de leur fils, même si je suis convaincu que cette responsabilité existe; et puis, en choisissant cette forme de suicide, Jean espérait tromper ses parents sur son acte, comme il me l'avait expliqué, pour ne pas les culpabiliser, justement.

Au prix d'une manipulation de la réalité, l'événement-alibi reconstruit finalement tout le monde, sauf peut être le psychothérapeute, mais pourtant l'événement-agression a bien eu lieu. Alors ?... Mais alors

pourquoi ne pas me reconcilier avec cette réalité à laquelle je tiens tant ? Peut être parce qu'en toute ambiguïté, je ne suis pas sûr d'avoir privilégié le bon événement. Il y en avait tellement!

Pourquoi dans cette histoire ne pas avoir choisi la séduction homosexuelle à 12 ans comme événement-clé ? Pourquoi choisissons-nous tel événement plutôt qu'un autre ? Peut être en fonction de la signification de cet événement pour nous mêmes psychothérapeute subjectif ?

Enfin, et par manque de temps, je ne ferai que citer un 3e facteur de complexité : la situation ne se résume pas à la diade événement-individu suicidaire car il faut y intégrer un 3e terme, à savoir le support social ou plus précisément la perception que le sujet a de son support social. Ce support va évidemment interagir avec la situation, en tamponnant ou non les effets de l'événement selon son niveau de qualité et nous devons largement en tenir compte dans notre action. Parfois même, notre position de soignant nous mettra en devoir de représenter concrètement ce rôle de support, de protection du sujet justement face à l'invasion de ces idées suicidaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. AMIEL-LEBIGRE F. - **Événements de vie et risque psychopathologique** 1985, édit. Simep Villeurbanne, in Événements et psychopathologie - J. Guyotat et P. Fedida (pp 9-16)
2. BROWN G., BHROLCHAIN M.N., HARRIS T. - **Social class and psychiatric disturbance among women in an urban population** Sociology 1975 - 9 : 225-254.
3. CROCQ L. - **Événement et personnalité dans les névroses traumatiques de guerre** in Événements et psychopathologie, op. cit. (pp 111-123).
4. DOHRENWEND Bruce P. - **Stressful life events and psychopathology : some issues of theory and method in stress and mental disorder**, 1979 - (pp 1-15) ed. James Barret - Raven Press, New York.
5. FERGUSSON D.M. et HORWOOD L.J. - **Life events and depression in women : a structural equation model** Psychological Medicine, 1984, 14 : 881-889.
6. GUYOTAT J. - **Proposition pour une clinique psychopathologique des événements de vie** in Événements et psychopathologie, op. cit.(pp 1-8).
7. TATOSSIAN A. - **La notion d'événements : de la phénoménologie à la méthode des "life events"** in Événements et psychopathologie, op. cit. (pp 49-54).

Summary : SUICIDE AND LIFE EVENTS : METHODOLOGICAL AND PSYCHOTHERAPEUTIC AMBIGUITIES

The authors considers a caricatural clinical case and examines critically the epidemiological and subjective approaches of the life events ; because they are both too reducing at a theoretical level, they lead to minimize the ambiguities existing between event and personality.

Keywords : *Suicide - life event - psychotherapy.*