

Effondrement – Suicide adolescent

Serge Goffinet

Les médias donnent un écho considérable aux suicides adolescents ; une plaquette destinée aux médecins généralistes a récemment été publiée et intitulée « Prévenir le suicide à l'adolescence ». En outre, c'est un problème de santé publique et le Ministère de la Communauté française de Belgique a publié un rapport sur « La Dépression » (D majuscule !) où le suicide est montré comme la première conséquence de la dépression. Il est ainsi considéré comme la cause de mortalité de près de un quart des décès entre quinze et quarante-quatre ans (chiffres de 1995).

Dans cette atmosphère de préoccupation publique, il nous a semblé important de montrer ce que le psychanalyste peut dire après les précisions des psychiatres. Nous irons donc en ne considérant le suicide ni comme véritablement secondaire à l'adolescence, ni comme une variable consécutive à la dépression de personnes ayant dans leur corps ou leur contexte une prédisposition à se donner la mort.

Précisions de psychiatres

Il nous semble important de rappeler quelques distinctions communes en psychiatrie juvénile qui montrent à quel point une réflexion psychodynamique est indispensable pour autant que cette psychopathologie soit enchâssée dans une métapsychologie psychanalytique.

Il est habituel de considérer que les personnes suicidées ne soient pas celles qui ont des idées suicidaires ou des gestes suicidaires ; laissons aux psychiatres (par exemple C. Van Heeringen) la discussion sur les éventuels

diagnostics psychiatriques qui peuvent être évoqués. Il a été dit et vérifié cliniquement que les symptômes dépressifs sont rarement retrouvés ; que l'acte suicidaire ne laisse aucune chance de survie à celui qui le commet, que la moitié est sans suivi médical, que tout le monde est « surpris » de l'acte (soignants / parents) (Michel, 1998). Nous avons dit (Goffinet, 1992) comme d'autres ont écrit – que, pour certaines personnes, les tentatives de suicide répétées aboutissent à l'adolescence ou à l'âge adulte au suicide (Gispert, 1987). Il y a au moins donc deux trajectoires nettes qui semblent ne pas être apparentées.

D'un autre côté, une conception transdiagnostique unitaire est perçue comme pertinente à décrire la majorité des actes. De là, se dérivent de simples schémas un modèle phénoménologique et un modèle psychodynamique. Le premier (Plutchick, 1995) table sur une dimension impulsive-agressive, non liée à un diagnostic psychiatrique qui est la résultante de deux courants issus de la personne appelée amplificateur et atténuateur. Les amplificateurs sont la dépression, l'impulsivité, les sentiments de colère, des symptômes psychiatriques récents, le rejet du père pour certains et l'utilisation du déplacement comme mécanisme de défense. Les atténuateurs sont : le soutien social, un moi fort, la sociabilité du côté paternel et maternel et l'utilisation du déni comme mécanisme de défense. Le second modèle est issu d'un horizon psychanalytique « prêt à l'emploi » : « Pour le dire vite, dans le suicide c'est bien le narcissisme qui cherche à se conserver. Il y aurait dans cette agression suicidaire, quelque chose pour annuler la perte, pour fuir la souffrance, pour, comble du paradoxe, éviter la mort, la mort psychique peut-être. Ainsi se lie inévitablement lors du suicide à l'adolescence, les problématiques narcissiques et objectales, tout conflit objectal ayant des résonances narcissiques, jouant ainsi tantôt sur le registre de la castration et de la culpabilité, tantôt sur le registre de la honte. » (Pourrat, 1990)

On le voit : sans que cela ne soit faux (il suffit d'avoir rencontré quelques adolescent(e)s suicidants) tout cela échappe au sens, sauf à ramener le suicide tant des extrêmes comme un symptôme d'une pathologie psychiatrique non détectée ou à un choix philosophique résolu plus expéditivement à l'adolescence.

Métapsychologie freudienne

Freud n'a pas produit de considération extensive sur le suicide. Il semble en avoir parlé souvent à ces réunions du mercredi. En 1910, il se penche sur le suicide des enfants et des adolescents : « Le choix d'une forme de suicide révèle le symbolisme sexuel le plus primitif ; un homme se tue avec un revolver, c'est-à-dire qu'il joue avec son pénis, ou bien il se pend, c'est-à-dire qu'il devient quelque chose qui pend de toute sa longueur. La femme connaît trois façons de se suicider : sauter d'une fenêtre, se jeter dans l'eau, s'empoisonner. Sauter d'une fenêtre signifie accoucher, aller dans l'eau signifie donner naissance, s'empoisonner signifie grossesse (...) Ainsi la femme remplit sa fonction sexuelle même en mourant ». Dans *Deuil et Mélancolie* (1917), il confirme le suicide comme un acte d'agressivité retourné sur soi : tuer l'Objet inconscient

via se tuer soi-même. Par ailleurs, il dit aussi que le suicide « ne serait plus tant une conséquence qu'un substitut de psychose ... rien d'autre qu'une sortie, une action, un aboutissement de conflits psychiques ». Il nous semble mettre là en place la préfiguration du « passage à l'acte ».

Adolescence

Il ne s'agit pas ici de faire une synthèse de ce qu'est l'adolescence, cela ferait le jeu de cette littérature qui n'arrête pas d'essayer de les enfermer dans des conceptualisations. Nous voulons dans le fil de notre propos considérer comme discutés trois points nécessaires à notre progression.

Tout d'abord, « une espèce de grande distinction à faire » (Ch. Melman) entre les adolescents dans la phase « d'appel au Père » et ceux vivants dans « un état sans transfert ». Les premiers sont ceux « dont les manifestations constituent autant d'acting-out, d'appels à l'aide à ce Père idéal » ; les seconds, « pour qui il n'y a rien à attendre de personne » et chez lesquels « il y a un attachement libidinal aux instances chargées de représenter la loi ».

Deuxièmement, l'adolescence est un ébranlement identitaire si profond que pour certains sujets, il y a éventualité d'un changement de structure (J-J. Rassial). Enfin, l'agir est un mode d'expression privilégié : « La différence est qu'un adolescent dans l'agir, plus que dans le conformisme, qui demande et cherche un sens dans l'après-coup de son agir, agir expressif d'une désorganisation interne, interrogation en acte, obtient une réponse du corps social qui est plus volontiers de l'ordre de la répression, de la réadaptation, que de l'ordre de la réhabilitation. » (M. Corcos)

Ainsi, il semble que la dimension du passage à l'acte à l'adolescence survient sur une mise en place déjà faite ou en train de se faire de la structure et au sein de cette structure, il y a lieu d'interroger le statut particulier de l'angoisse et du passage à l'acte. Mais revenons donc sur la question des structures.

Freud mettra en place – on le sait – deux catégories de « névroses », les névroses actuelles et les névroses de transfert (hystérie, obsession, phobie).

Les névroses actuelles sont : l'hypocondrie, la névrose d'angoisse, la psychasthénie et les névroses traumatiques. Ces dernières nous intéressent particulièrement parce que nous les côtoyons davantage cliniquement. Actuel doit être entendu dans un sens double. Premièrement, les souffrances psychiques de la personne semblent inchangées, elles sont donc le présent continu comme toujours les mêmes, comme répétitivement avec les mêmes mots, les mêmes émotions : c'est un présent qui revient sans fin. Secondement, actuel renvoie aux faits (en anglais, *actually* signifie à peu près « en fait ») ; par là est désignée l'absence d'élaboration du produit psychique. Actuel est donc invariable et incessant : répétition fréquente d'un contenu invariable. D'aucuns ont objecté que cette description est caricaturale et en effet, dans le travail psychothérapeutique, s'insinuent de petites touches imaginaires, amorce éventuelle de remaniement psychique. Le travail du rêveur et du rêve montre d'ailleurs le « travail psychique » dans la névrose traumatique (Lansky).

Les szondiens assimilent les névroses actuelles aux thymopathies. Ainsi les névroses actuelles nous apparaissent comme des états situés au seuil des différentes structures et largement diagnostiquées état limite. Ils sont en cela des symptômes psychanalytiques car ils coexistent en la bouleversant dans une structure psychique. Ainsi l'hypocondriaque entretiendra son corps en se défendant par une défense délirante, l'angoissé produira une somatisation, le psychasthéniques souffrira d'une fatigue dont il ne pourra attribuer l'origine qu'à un déficit constitutionnel.

Névrose traumatique

« Tout événement ne fait pas traumatisme, le même événement ne fait pas trauma pour chacun (...). En ce sens, le traumatisme qui inaugure l'état limite (...) se substitue au fantasme (...) C'est à partir de là qu'on peut concevoir ce sujet en état limite, comme sujet, non pas de, mais à l'histoire, sujet à l'histoire et sujet à histoires, dont il serait le déchet. » (Rassial)

Le trauma a mauvaise presse analytique : trouvaille archéologique freudienne, résurrection récente, suspecte mise à toutes les sauces théoriques et enterrement de l'événement de-la-mort-devant soi par Lacan par glissement de sens (le trauma du côté du sexe et du langage).

Inutile de revenir ici sur le côté de la rencontre avec le Réel dans le trauma pas plus que sur la compulsion de répétition. Il ne sera pas question non plus de l'incestuel comme climat familial mettant en jeu les fantasmes parentaux ; ce dont il s'agit ici c'est bien et par exemple de l'inceste agi, comme il est rencontré cliniquement : traumatique et de longue durée.

L'inceste réel « pratiqué » par le père (ou son équivalent à cette place) dans les névroses traumatiques est vraiment traumatique si il est suivi d'une relation d'emprise du « père » (c'est le fameux « contexte » de l'inceste) de même qu'une relation d'emprise « maternelle » a une répercussion somatique dans les troubles du comportements alimentaires ; les deux se mélangeant dans bien des familles (Corcos). Or, nous savons à quel point la question de la mort à l'adolescence est à l'ordre du jour. La mortalité – par suicide direct ou engagement dans la guerre – « tient quand même surtout à la personnalité de l'adolescent qui se caractérise par sa révolte intérieure contre l'autorité paternelle et son aspiration à trouver un idéal avec lequel fusionner. L'enfant libéré de la tutelle familiale, cherche, dans cette phase à rejoindre cet idéal, en fonction de sa personnalité. La mort lui devient familière car il n'a rien à perdre aucun investissement moïque ne le retient sauf l'amour maternel idéalisé (...) Mais si jamais cet idéal vient à s'identifier à l'amour maternel perdu, la mort devient alors pour une lui simple formalité, un passage, un vœu qu'il espère réaliser. » (Houballah)

Si une jeune fille se défenestre sous les yeux de son père, cela a avoir bien sûr avec l'adolescence mais aussi avec le trauma préalable qui a modifié le rapport du sujet au passage à l'acte et à la mort.

Examinons maintenant le rapport du sujet adolescent avec la dyade acting-out/passage à l'acte et le Moi du sujet qui se défend de l'impact du

traumatisme.

Acting-out / passage à l'acte

« L'acting-out essentiellement, c'est la monstration, le montrage, voilé sans doute, mais qui n'est voilé que pour nous, comme sujet, en tant que ça parle, en tant que ça pourrait faire vrai, non pas voilé en soi, visible au contraire au maximum, et pour cela même, dans un certain registre, invisible. Montrant sa chute, c'est ce reste, c'est sa chute, c'est ce qui tombe dans l'affaire qui est l'essentiel de ce qui est montré. » (Lacan) Et plus loin, le même ajoute : l'accident « c'est un acting-out, donc ça s'adresse à l'Autre. Et si on est analyste, donc ça s'adresse à l'Analyste. S'il a pris cette place, tant pis pour lui. Il a quand même la responsabilité qui appartient à cette place qu'il a acceptée d'occuper. »

« Dans le cas du passage à l'acte, le niveau d'angoisse est tel qu'il semble déborder complètement les capacités du patient de tenter d'obtenir de l'aide et il s'agit avant tout de se libérer, de tenter de résoudre un conflit irrésolvable. » (Millaud)

Ainsi, la jeune fille se jette par la fenêtre : « La fenêtre, en tant que telle nous rappelle cette limite entre la scène et le monde, nous indique ce que signifie cet acte par où, en quelque sorte, le sujet fait retour à cette exclusion fondamentale où il se sent » (Lacan) et plus loin, « ce qui vient à ce moment-là au sujet, c'est son identification absolue à ce petit a, à quoi elle se réduit ». Dans le deuil, Freud remarqua l'identification à l'objet, cet objet sur lequel « il exprime une vengeance de celui qui ressent le deuil (...) Nous portons le deuil et nous ressentons les effets de dévaluation du deuil, pour autant que l'objet dont nous portons le deuil, était, à notre insu, celui qui s'était fait, que nous avons fait le support de notre castration. » (Lacan).

Encore le Moi

« L'adolescence est en quelque sorte, ce moment où, ce qui jusqu'ici pour lui comme enfant, fonctionnait dans le registre de la privation, lui donne brusquement un accès à ce domaine infiniment plus complexe et qui est celui de la castration ; et qui est qu'il ne suffit plus, cet instrument, en quelque sorte de l'avoir pour pouvoir en posséder l'exercice, mais que le procès de l'accès à la sexualité se fait de façon beaucoup plus complexe ... » (Melman)

En effet, envisageons le traumatisme de l'inceste agi par l'adulte sur l'enfant : il s'agit de l'irruption d'un réel qui anticipe la réalisation de la promesse œdipienne de la capacité de réalisation grâce à la puberté. De même, le réel de la mort dans l'agression individuelle ou la catastrophe collective confronte le sujet à un effroi anticipé sur le moment où le sujet sent la promesse de sa mort se réaliser, le grand âge.

Le trauma frappe le narcissisme (Bokanowski) ; le deuil dont il s'agit c'est à la fois du parent protecteur devenu partenaire sexuel et c'est aussi la confrontation à un passage soudain, brutal de la privation à la castration. Dans le

cas de l'effroi mortel, le sujet peut être tenté de retourner à la fusion maternelle ou de s'identifier massivement à l'agresseur.

Si l'objet a est celui de l'angoisse et l'objet inconscient haï de la mélancolie et que cet objet a est celui-là même qui tenant de l'ordre symbolique, le père ou la garante de l'unité corporelle, on le voit, le processus de deuil impossible peut se solder par un passage à l'acte lorsque l'angoisse a atteint un seuil insoutenable.

Nous ne pouvons comprendre la crainte de l'effondrement amenée par Winnicott que comme cela : « La crainte de l'effondrement est liée à l'expérience antérieure de l'individu et à l'inconstance de son environnement ».

Le traumatisme menace le Moi : « Le Moi organise des défenses contre l'effondrement de sa propre organisation, c'est l'organisation du Moi qui est menacée » et « la crainte clinique de l'effondrement est la crainte d'un effondrement qui a déjà été éprouvé. C'est la crainte de cette agonie originelle qui a causé l'organisation défensive que le patient manifeste sous la forme d'un syndrome de maladie ». Les effondrements dont Winnicott parle ici se révèlent explicitement dans les psychés dites borderline mais il s'agit d'une reformulation. Comme le dit si clairement Rassial : « Après le constat de la traumatophilie de tels sujets, on peut ajouter que la fonction du trauma est de se substituer au fantasme voire de le fonder. La clinique montre bien, en deçà de ce que Jean Bergeret peut en théoriser, que le récit que ce sujet en état limite peut faire de sa vie est celui d'une succession de traumas non-élaborés, c'est-à-dire qui insistent comme coups de réel dans l'imaginaire de n'être pas réduits à de l'événement symbolisable ». La dissociation est alors le seul aménagement psychique possible entre les traumas successifs et la crainte d'un effondrement toujours porteuse d'angoisse. Pour E. Howell, les « états dissociatifs peuvent contribuer aux difficultés vécues par ceux qui peuvent être diagnostiqués comme souffrant d'un trouble de personnalité limite. Cela repense le terme de "trouble" à la "limite" en termes de dissociation sous-jacente et souligne combien de nombreux cas du monde "limite" sont dominés par le passage des états masochistes/victimes à enragés/agresseurs. »

Nous voyons par conséquent un agencement qui éclaire le passage à l'acte suicidaire d'adolescents et non les tentatives de suicide même répétées qui sont selon nous davantage des acting-outs. Ces acting-outs répétés restant sans interprétation, ils peuvent parfois augmenter l'angoisse de manière telle qu'elle se résout par un passage à l'acte suicidaire. Cliniquement, l'imminence de ce passage à l'acte chez ces sujets-là est davantage perceptible dans la mesure où l'adresse de l'acting-out amène une sédation de l'angoisse et un réinvestissement de la relation, le plus souvent sur le mode du clivage.

L'agencement de ceux et celles qui se suicident nous paraît en relation avec les névroses actuelles (les psychoses ont un autre type de violence, beaucoup plus hétérodirigée).

Contre l'effroi du trauma, il y a une défense double : psychique, du côté de la dissociation générale de la psyché (conscience comprise) et moïque du côté de l'angoisse et de son objet a. La compulsion de répétition produit alors des névroses traumatiques hypermnésiques dominées par des réviviscences

traumatiques ou des névroses traumatiques amnésiques dominées par des réminiscences, traduisant le retour de ce qui a pu être refoulé. Et ceci d'autant plus que les traumatismes durant (comme dans l'inceste), se cumulent (abus sexuels, viols, maltraitance) ou se succèdent frénétiquement. A l'adolescence, la crainte de l'effondrement, déjà éprouvée lors du trauma, envahit le sujet débordant ses défenses moiïques : « Un schéma (pattern) s'est élaboré où la continuité d'être a été interrompue par les réactions infantiles du patient à l'empiètement, c'est-à-dire aux facteurs de l'environnement que celui-ci a, en raison des défaillances, laissé empiéter sur le développement. » (Winnicott) Le passage à l'acte suicidaire ne peut donc être résolutoire que pour ces sujets ayant déjà vécu une mort psychique dans leur histoire.

En résumé

Le suicide d'un sujet adolescent est précédé d'une atteinte profonde, presque toujours traumatique. Le traumatisme pré-adolescentaire s'attaque au narcissisme du sujet. L'effroi du traumatisme s'accompagne à l'adolescence d'une crainte Moiïque de la mort, de l'effondrement psychique et d'un état de non-transfert. Ceux qui auront réussi à maintenir un effort transférentiel pourront agir pour exister dans la relation objectale (acting-out). D'autres ne pourront trouver ni dans le corps ni dans l'agir une solution et chez eux, l'identification exclusive à l'objet a conduit au passage à l'acte, qui ne laisse aucune chance au sujet.

Bibliographie

- Ministère de la Communauté française, « La Dépression », rapport 2002.
- Bokanowski T., « Traumatisme, traumatique, trauma », *Revue Française de Psychanalyse*, 2002, 66, pp. 745-757.
- Corcos M., « Le corps absent », Paris, Dunod, 2000.
- Gispert M., Davis MS., Marsh L. et Wheeler K., « Predictive Factors in Repeated Suicide Attempts by Adolescents », *Hospital and Community Psychiatry*, 1987, 38, pp. 390-393.
- Goffinet S., Declercq M., Hoyoï P., Brichau A., « Devenir de 122 tentatives de suicide 4 après », conférence à la SRMMB, 9/3/91.
- Houballah, A., *Le virus de la violence*, Paris, Albin Michel, 1996.
- Howell E., « Back to the "States" : Victim and Abuser States in Borderline Personality Disorder », *Psychoanalytic Dialogues*, 2002 (sous presse).
- Lacan J., *L'angoisse – Séminaire (1962-1963)*, Association Freudienne, Paris.
- Lansky MR., *Posttraumatic Nightmares*, Hillsdale, The Analytic Press,, 1995.
- Melman Ch., *Clinique psychanalytique et lien social (1992)*, Bruxelles, Bibliothèque du Bulletin Freudien. AFB.
- Michel K., « Suicide in Young People is different », *Crisis*, 1998, 9, pp. 135-145.
- Millaud F., *Le passage à l'acte*, Paris, Masson, 1998.
- Plutchick R., Botsis AJ. et van Praag HM, « Psychopathology, self-esteem, sexual and ego functions as correlates of suicide and violence risk », *Archives of suicide research*, 1995, 1, pp. 27-38.
- Pourrat A., « Adolescents suicidaires, adolescents suicidants et psychiatrie de l'urgence »,

Entrevues, 1990, 14, pp. 55-61.

Rassial J-J., *Le sujet en état limite*, Paris, Denoël, 1999.

Winnicott D., « La crainte de l'effondrement », *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 1975, 11, pp. 35-44.