

TENTATIVE DE SUICIDE DE L'ADOLESCENT, RÔLE DE L'ATTITUDE DES PARENTS DANS L'ÉVOLUTION AU LONG COURS

Daniel Marcelli

Editions Cazaubon | « *Le Carnet PSY* »

2003/8 n° 85 | pages 21 à 24

ISSN 1260-5921

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2003-8-page-21.htm>

!Pour citer cet article :

Daniel Marcelli, « Tentative de suicide de l'adolescent, rôle de l'attitude des parents dans l'évolution au long cours », *Le Carnet PSY* 2003/8 (n° 85), p. 21-24.

DOI 10.3917/lcp.085.0021

Distribution électronique Cairn.info pour Editions Cazaubon.

© Editions Cazaubon. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

TENTATIVE DE SUICIDE DE
L'ADOLESCENT, RÔLE DE L'ATTITUDE
DES PARENTS DANS L'ÉVOLUTION
AU LONG COURS
DANIEL MARCELLI

Quand un adolescent effectue une TS, c'est presque toujours parce qu'il veut vivre... mais autrement, cherchant à se séparer d'une enfance ou à éteindre une excitation, l'une comme l'autre envahissante (D. Marcelli et E. Berthaut, 2001). Tous les auteurs s'accordent sur le fait qu'on ne peut pas décrire une organisation psychopathologique précise qui puisse être systématiquement rattachée à la TS, même s'il existe incontestablement des lignes de tension et des axes conflictuels communs aux diverses TS. Le poids respectif des deux dimensions prévalentes, la dimension dépressive, la dimension impulsive, explique la diversité des tableaux sémiologiques et psychopathologiques sous jacente à "l'acte suicidaire" lui-même : les adolescents qui commettent ce geste souffrent d'un trouble de gravité très variable et ne présentent pas nécessairement une pathologie mentale identifiable d'un point de vue nosographique. Cependant le geste suicidaire lui-même doit toujours être compris comme un geste grave qui nécessite une évaluation et qui appelle des aménagements aussi bien en termes de dynamique intra-psychique individuelle qu'en termes d'interactions familiales.

En effet, quelle que soit sa gravité apparente, le geste suicidaire fait toujours réagir les proches, les parents au premier chef. L'idée qu'un jeune adolescent ait voulu mettre fin à ses jours mobilise les affects, les émotions, les fantasmes et fantaisies de chacun. La TS est aussi un mode de communication qui s'inscrit nécessairement dans une dynamique interactive. Il est important de comprendre que la TS possède par elle-même une logique propre. Probablement parce que les remaniements individuels et familiaux qui succèdent à la TS sont de nature complexe, difficiles à classifier et à quantifier, faisant intervenir des paramètres très nombreux, peu d'auteurs en ont proposé une analyse et une synthèse. Pourtant l'expérience

dossier

du clinicien lui montre régulièrement que ces réaménagements après la TS jouent un rôle fondamental dans l'évolution ultérieure. Abordant la question du suivi thérapeutique après une TS, Carbone et Gino font cette remarque incidente : " ...le rapport avec la famille reste un problème souvent non résolu. Notre expérience nous montre que cela se révèle particulièrement vrai dans le cas des adolescents qui ont tenté de se suicider, dont la famille tend à effacer complètement l'événement, à nier sa valeur de signal. Lorsqu'il arrive que les parents s'inquiètent et demandent une thérapie, ils le font pour des motifs autres, comme par exemple des difficultés rencontrées par leur enfant dans ses études... Et lorsque les symptômes dont se plaignaient les parents diminuent ou cessent complètement, ils cherchent à soustraire leur enfant à la phase ultérieure du travail thérapeutique... " (1995).

Dans une toute autre perspective, Wagner et col. (2000) analysent la réaction affective et verbale chez des parents (34 parents : pères, mères, beaux-pères ou belles-mères) dont les adolescents viennent d'effectuer une tentative de suicide (23 jeunes, âge moyen : 15,5 ans). Si les auteurs retrouvent, comme on peut s'y attendre, des sentiments de tristesse ou de souci (*caring*) chez les parents, sentiments surtout exprimés au moment de la TS et les jours suivants, ils constatent aussi que presque 50% des parents expriment des sentiments d'hostilité à l'égard du jeune, sentiments qui, surtout chez les pères, semblent persister voire augmenter avec le temps.

Cette étude corrobore ce que le clinicien constate : la survenue d'une TS représente une menace pour l'équilibre des interactions familiales lesquelles se trouvent confrontées à une éventuelle contrainte de changement. Cette rupture transitoire de l'équilibre familial antérieur dans les quelques jours suivant la TS, impose soit des remaniements/réaménagements soit une rigidification des mécanismes interactifs familiaux habituels. Dans notre expérience clinique, deux facteurs semblent importants pour l'évaluation des capacités de remaniements de la dynamique familiale et des possibilités de changement(s) : 1) la capacité à reconnaître la gravité de l'acte opposée à sa banalisation ; 2) la capacité à accepter et à reconnaître la

réalité de la souffrance intra psychique chez l'adolescent comme chez les divers membres de la famille, en particulier des affects dépressifs sous-jacents opposés au déni de cette souffrance et de ces affects. Cette double reconnaissance concerne aussi bien l'adolescent lui-même que les parents et le consultant. La possibilité de remaniements psychopathologiques individuels et interactifs familiaux en dépend.

S'il existe un relatif consensus pour reconnaître qu'à l'adolescence une tentative de suicide représente souvent une attaque du corps, en revanche il nous paraît utile de préciser sur quel corps porte cette attaque :

1) est-ce le corps de l'enfant et les liens qu'il entretient avec les images parentales issues du passé infantile ?
2) est-ce le corps sexué et les images parentales de l'actualité fantasmatique incestueuse et excitante ? D'une certaine manière on peut opposer à l'adolescence la tentative de suicide qui vise d'abord à tuer le corps infantile et la tentative de suicide qui vise à tuer le corps sexué.

Dans une approche phénoménologique et psychodynamique, on pourrait ainsi décrire en les différenciant :

- la TS où domine le désir d'enterrer le corps infantile parce qu'il représente aux yeux de l'adolescent une entrave à l'advenir du corps pubère combiné au désir d'attaquer les liens aux objets fantasmatiques du passé. Ce type de TS est marqué par la difficulté à renoncer à l'enfance, à se séparer du passé. D'un point de vue sémiologique, cette TS est souvent isolée sans autres manifestations symptomatiques co-morbides autres que les symptômes dépressifs ou anxieux. Le destin évolutif d'une telle TS dépend de la capacité à reconnaître les affects sous-jacents à ce passage à l'acte, en particulier par les parents :

1) une reconnaissance adéquate des affects et de la gravité potentielle du geste par les parents permet un travail d'élaboration chez l'adolescent et de transformation progressive des interactions familiales. Dans ces situations, le sentiment dominant chez les parents, est la culpabilité : "mais où est notre erreur ?". Il s'agit souvent d'une TS unique et d'une certaine manière initiatique ouvrant au monde des adultes : elle sert à enterrer l'enfance et à révéler l'adulte.

2) le déni des affects et la banalisation du geste par les parents aboutissent souvent à un figement de la situation. Le sentiment familial dominant est celui de la sidération : “mais pourquoi il a fait ça ?”. Ce déni peut être compris comme un anti-travail familial de séparation et comme un processus de maintien de l'adolescent dans la dépendance et la disqualification. Au plan clinique, ces TS présentent souvent des récurrences, en général sur le même mode, d'autant que l'adolescent perçoit rapidement le pouvoir de contrôle et de manipulation qu'il possède ainsi sur ses parents “grâce” à la menace réitérée de suicide. D'une certaine manière, l'adolescent s'approprie par ce moyen un pouvoir de contrôle sur ses parents en miroir du contrôle que ces derniers ont exercé ou exercent encore sur lui, dans un climat de rigidité transactionnelle.

- très différentes sont les TS dont l'objectif est de tuer le corps sexué et de faire cesser l'excitation pubertaire envahissante et sans limite. Dans ces TS la difficulté est, pour l'adolescent, d'accepter la transformation pubère de son corps, de tolérer l'excitation psychique parce qu'elle renvoie à une menace incestueuse et de la lier par un travail psychique de désinvestissement, déplacements, sublimations, tout en tolérant le nécessaire temps d'attente alors même que l'excitation envahissante rappelle douloureusement des désorganisations antérieures précoces. Ces TS surviennent généralement dans un tableau sémiologique plutôt riche avec une “co-morbidité” importante (consommation de produit, troubles des conduites, etc.).

La réponse familiale est, là aussi, susceptible de modifier le cours évolutif : 1) la banalisation du geste et le déni des affects conduisent souvent à une alliance pathologique entre l'adolescent et ses parents dont l'objectif principal mais secret est de maintenir intact le lien excitant et inchangées les modalités interactives familiales. Le sentiment familial dominant s'avère être la colère : “mais enfin il a tout ce qu'il veut, qu'est-ce qu'il lui faut de plus ?”. Ces TS ont un fort potentiel de récurrences dans un tel contexte avec en outre une escalade et une aggravation fréquente pouvant aboutir au suicide accompli ; 2) la reconnaissance de la gravité du geste et l'acceptation des affects dépressifs tant par l'adolescent que par les parents

s'accompagnent d'un refus énergique que cela se reproduise. Le sentiment familial dominant tourne autour de l'accablement : “est-ce qu'on pourra s'en sortir un jour ?”. Toutefois l'acceptation progressive de la dépression autorise un début de travail élaboratif souvent dans le cadre d'une psychothérapie. Ces TS sont volontiers uniques ou, quand elles récidivent, c'est avec une gravité moindre.

Par ces notations très succinctes dont on trouvera le développement dans notre ouvrage, nous voulons souligner que la TS d'un adolescent n'est pas seulement le geste d'un individu isolé et “séparé” des autres, de ses proches en particulier. La TS est aussi un langage interactif sollicitant l'entourage de ce jeune. La façon dont cet entourage répondra est susceptible d'en déterminer l'évolution ultérieure. C'est dire la nécessité, autant que faire se peut, d'inclure la famille dans la prise en charge thérapeutique, les premiers entretiens ayant d'ailleurs pour fonction essentielle d'évaluer les paramètres évoqués ci-dessus. Toutefois ces premiers entretiens sont rendus très difficiles en particulier du fait de ce que j'ai appelé le “syndrome de pseudo-guérison” (D. Marcelli, 2002).

Sans le décrire ici car ce n'est pas le lieu, insistons toutefois sur la dynamique familiale. En effet, les réactions de la famille ne sont pas sans influencer cet état de pseudo-guérison car, dans les jours qui suivent la TS d'un adolescent, la famille dans son ensemble, les parents au premier chef se mobilisent, sont attentifs, écoutent le jeune plus et mieux qu'ils ne le faisaient auparavant. Les parents semblent prêts à accorder ce qu'ils refusaient quelques jours avant. Au-delà de cette temporaire bienveillance, souvent les systèmes d'interaction les plus pathologiques sont suspendus : on constate une diminution des mécanismes projectifs, les processus de désignation pathologique dont l'adolescent est souvent la cible paraissent être, pour un moment, mis de côté. Tout cela est bien connu et fait partie de ce qu'on nomme les bénéfices secondaires. Mais cette suspension temporaire se paie le plus souvent au prix fort par une résurgence des interactions les plus pathologiques dans les semaines ou mois qui suivent, précisément au moment où “la prise en charge” comme on dit commence à donner des signes d'essoufflement !

L'hospitalisation des jeunes suicidants

dossier

On aura compris l'importance de l'évaluation du fonctionnement familial et la nécessité impérieuse d'introduire dans ce fonctionnement des éléments de changements faute de quoi les conditions qui ont conduit à la première TS risquent fort de réapparaître. La nature de ce changement (dans la qualité des interactions, dans les possibilités d'élaboration par les uns ou les autres, dans la nécessité d'en passer par des aménagements de vie quand les changements précédents ne sont pas possibles : internat, foyer, etc.) va dépendre de l'évaluation d'une part et d'autre part de l'acceptation du suivi et de son respect (observance aux soins par l'adolescent mais aussi par ses parents). Il ne suffit pas de rencontrer les parents "au lit du patient " dans le temps de l'urgence, il faut dans l'idéal réussir à les mobiliser pour une série de consultations échelonnées sur au moins huit à douze mois en alternance avec les entretiens de l'adolescent, si possible en lien ou en réseau avec le médecin généraliste.

Pr Daniel Marcelli

*Professeur de Psychiatrie
de l'Enfant et de l'Adolescent
Chef de Service
Centre Hospitalier Henri Laborit
Poitiers*