

LES MECANISMES D'ADAPTATION, DE DEFENSE, DE REFOULEMENT, LES SEQUELLES PSYCHO-PATHOLOGIQUES LORS DU DEUIL APRES SUICIDE

M Walter Brest

Traiter, dans le cadre des modèles de compréhension sur les suites d'un suicide, des mécanismes d'adaptation, de défense, de refoulement et des séquelles psychopathologiques, implique, dans un premier temps, des précisions terminologiques et épistémologiques. Il sera ensuite nécessaire de définir le caractère traumatique de ce deuil particulier qu'est le deuil après suicide, avant de détailler les mécanismes de défense mobilisés et les conséquences d'un tel deuil en terme de réactions psychologiques et de troubles psychiatriques. Une revue des facteurs de risque et de protection terminera cet article.

PRECISIONS TERMINOLOGIQUES ET EPISTEMOLOGIQUES

L'expression « **mécanismes de défense** » répond à une **logique psychodynamique** et désigne différents types d'opérations psychiques qui ont pour fin la réduction des tensions psychiques internes (Jeammet, 1996). Généralement inconscients, ils sont habituellement utiles pour protéger la cohésion de l'appareil psychique ; ils peuvent toutefois devenir pathogènes et entraver alors le fonctionnement mental. Le **refoulement** est un des mécanismes de défense essentiel, notamment parce qu'il est constitutif de l'inconscient. Il se définit comme l'opération par laquelle le sujet cherche à repousser ou à maintenir dans l'inconscient des représentations liées à une pulsion.

Les « stratégies d'ajustement » ou les « **mécanismes d'adaptation** », encore nommés « coping », répondent à une **logique cognitivo-comportementale**. Ils désignent « l'ensemble des effets cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu » (Jeammet, 1996).

Les réactions à un deuil après suicide peuvent se distinguer en :

mobilisation de certains **mécanismes de défense** comme le clivage et le déni,

réactions psychologiques comme la culpabilité, la honte, l'agressivité et la pulsion épistémophilique

et **troubles psychiatriques** comme la dépression, le suicide et le psychotraumatisme (cette dernière partie ayant été traitée par le Docteur Jehel, nous n'y reviendrons pas).

LE DEUIL APRES SUICIDE EST UN DEUIL TRAUMATIQUE MOBILISANT LA PULSION EPISTEMOPHIQUE

Si tous les **deuils** survenant après une mort qui n'est pas naturelle sont **traumatiques** (Hanus, 2005), le deuil après suicide l'est particulièrement et à plusieurs titres :

C'est d'abord le traumatisme lié à l'intensité du choc émotionnel initial, voire de la sidération et de l'effroi en rapport avec la brutalité et la soudaineté de la perte, souvent violente, partiellement ou totalement incompréhensible. Offrir un premier contenant à l'angoisse est une première étape importante tant il est probablement illusoire dans ces situations d'effraction psychique d'attendre l'énonciation d'une demande construite de la part du sujet.

C'est également le traumatisme de la blessure narcissique (Fidelle, 2004) parfois aggravée par les circonstances de l'annonce de la mort, par l'enquête de police vécue comme accusatrice, ou encore par des paroles maladroites, marquant la fin de l'illusion d'immortalité et du mythe personnel d'invulnérabilité.

C'est enfin le traumatisme de la perte objectale, tout en ayant bien à l'esprit, à la suite de Nasio (1996), que la douleur du deuil n'est finalement pas tant douleur de séparation que douleur de liaison : « ce qui fait mal, ce n'est pas tant de se séparer, mais de s'attacher plus fort que jamais à l'objet perdu ». L'expression de cette souffrance n'est bien entendu pas à entraver ou même à neutraliser par une « surmédication » de la souffrance qui pourrait alors donner lieu à un clivage durable et à un sentiment d'usurpation chez l'endeuillé (Bacqué, 2006).

Le deuil après suicide mobilise la pulsion épistémophilique en contraignant souvent l'endeuillé à se livrer à une recherche effrénée et compulsive de sens. Il élabore alors un véritable « roman personnel du suicide » (Hyon, 2005), théorie profane qui peut se heurter à des obstacles quand l'endeuillé constate, via internet par exemple, l'abondance des théories explicatives disponibles. Pourtant, la progression du deuil sera en partie déterminée par la capacité de l'endeuillé à reconnaître et à accepter la part d'insondable et de mystère inhérente à tout suicide. Ainsi, sa recherche « pulsionnelle » de sens s'apaisera lorsqu'il attribuera à cette mort, à défaut de la comprendre, le signe tangible d'une souffrance insupportable (Hyon, 2005).

LES MECANISMES DE DEFENSE

Les mécanismes de défense (référence psychodynamique) ou les stratégies d'ajustement (référence cognitivo-comportementale) mis en place lors d'un deuil après suicide se distinguent quantitativement et qualitativement du deuil « normal ». Hanus (2005) souligne pourtant qu'il y a davantage de ressemblances que de différences avec le deuil « habituel ». Quantitativement, l'intensité est supérieure et le décours temporel prolongé (Hanus, 2001). Qualitativement, le travail d'intériorisation psychique de la perte peut être entravé essentiellement par le déni et par le clivage.

Le déni, processus défensif peut-être un peu moins tenace que le clivage, porte davantage sur les circonstances de la mort que sur sa réalité, l'endeuillé croyant plus à un accident ou à un meurtre qu'à un suicide. Il peut également concerner la période présuicidaire et l'existence d'éventuels signes d'alerte. Ainsi, lors du suicide du partenaire dans le couple, Vandecasteele (2005) a décrit sous le terme de « pacte dénégatif » la mise en place de procédés défensifs tels que le déni de la valeur signifiante des signes annonciateurs du suicide ; ce déni a pour fonction de sauvegarder les fondements du couple mais le pacte dénégatif peut devenir un pacte traumatique dans l'après-coup du suicide par retour de la culpabilité liée à l'ambivalence des sentiments éprouvés envers le suicidé. Enfin, l'impact sur la vie de l'endeuillé et ses conséquences sociales peuvent aussi être déniées.

Le clivage, s'il persiste durablement, peut également compliquer le deuil. Il se traduit cliniquement soit par l'absence d'affects liés à la scène, soit par l'absence prolongée d'images mentales, soit encore par l'omniprésence d'images traumatiques (visuelles pour l'endeuillé qui a trouvé le corps, auditives pour celui à qui le récit en a été fait) qui viennent court-circuiter tout travail associatif, soit enfin par la coexistence d'images à la fois valorisées et méprisées du défunt. Il paraît alors important, dans ces circonstances, de solliciter le sujet pour qu'il réévoque l'évènement à travers les premières images mentales liées à l'annonce de la mort ou à la

découverte du corps du défunt. Ce travail de liaison entre l'affect douloureux et la représentation de l'image, visant à rendre possible l'intériorisation de la perte, nécessite un cadre solide qui puisse accueillir la violence des affects et des angoisses (Huon, 2005).

LES CONSEQUENCES PSYCHOLOGIQUES ET PSYCHIATRIQUES

La plupart des auteurs s'accordent sur le fait que le deuil après un suicide se signale par d'intenses réactions psychologiques comme l'inflation des sentiments de culpabilité, de honte, et la survenue d'affects agressifs.

La **culpabilité** est à la fois consciente et inconsciente ; elle peut parfois représenter une force dynamique et restructurante pour le sujet (Huon, 2005).

La culpabilité **consciente** se traduit essentiellement par des autoreproches et s'origine dans un vécu d'impuissance face à la perte. Elle dépend du degré de proximité relationnelle (Mitchell, 2004), comme le suicide d'un enfant, d'un conjoint ou d'un parent pendant l'enfance (Hanus, 2004), et est d'autant plus marquée qu'un conflit personnel existait entre le décédé et le survivant (Herzog et Resnik, 1969). Elle diffère toutefois selon les conditions du décès. Lorsque le geste fatal a été précédé de signes de crise suicidaire ou de tentatives de suicide, un processus de pré-deuil a pu se mettre en place, même si ce processus est parfois lui-même entravé par le déni (Vandecasteele, 2005). En cas de raptus suicidaire, la culpabilité est majorée par la prise de conscience par l'endeuillé que sa connaissance de l'être aimé n'était que partielle. Enfin, la comorbidité psychiatrique joue également un rôle puisque les enfants de patients alcoolodépendants décédés par suicide se sentent moins coupables (Tall, 2008).

La culpabilité **inconsciente** est directement liée à l'ambivalence des liens avec le suicidé associant amour acharné pour l'image de l'aimé disparu, colère et haine. Cette ambivalence des liens est difficile à mobiliser car elle attaque l'image idéalisée de l'autre, mais sa prise de conscience, qui ne pourra être que très progressive, évite l'installation d'une idéalisation prolongée à l'autre disparu, laquelle pourrait faire le lit d'un passage à l'acte ou d'une décompensation mélancolique.

La **honte** semble être une « expression centrale et particulière du deuil après suicide » (Seguin, 1995). Il s'agit d'un sentiment à la fois narcissique lié à l'attaque de l'estime de soi (d'avoir laissé faire, d'avoir été passif, ...) et relationnel car apparaissant sous le regard des autres (Hanus, 2004). Barrett et Scott (1990) trouvent ce sentiment de honte plus intense chez les endeuillés par suicide que dans les autres groupes étudiés (accident, mort naturelle attendue, mort naturelle non anticipée). Enfin, la honte participe à l'isolement social des endeuillés par suicide et explique pourquoi ils se plaignent parfois d'un manque de soutien alors que ce soutien existe et est offert (Seguin, 1995).

L'**agressivité** (ou la colère) découle des sentiments d'abandon et d'impuissance narcissique face à la mort (Hanus, 2004). Elle est bidirectionnelle (Huon, 2005), infligée d'une part par l'acte à ceux qui restent et éprouvée, longtemps secrètement, par les endeuillés vis-à-vis du suicidé. C'est le destin de ces affects agressifs qui finalement guidera le travail de deuil (Walter, 2004). En effet, ils peuvent être purement et simplement réprimés empêchant alors toute prise de conscience ; ils peuvent être projetés vers l'entourage qui remplit alors la fonction de bouc émissaire, ou dernière modalité, retournés contre soi. La violence ainsi infligée à l'endeuillé se décharge et se fixe sur son Moi au risque de produire sa dissolution. Le deuil après suicide est donc un deuil à risque suicidaire que le geste survienne par ce retournement autopunitif de

l'agressivité, par imitation (« c'est une solution possible à mes difficultés ») ou par identification. Nous ne développerons pas cette complication psychiatrique du deuil post-suicide qui, comme d'autres (dépression, anxiété, psychotraumatisme) ont été détaillées par le Docteur L Jehel.

LES FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION

Les **facteurs de risque** peuvent se subdiviser en trois catégories distinctes : les facteurs de risque extérieurs au sujet (entourage socio-familial), propres au sujet et propres au passage à l'acte :

L'entourage familial et socio-professionnel peut réagir par le rejet, aggravant encore les sentiments de culpabilité et de honte et menant à l'isolement et au retrait social de l'endeuillé. Il faut toutefois souligner avec M Seguin (1995) que, du fait d'un sentiment exacerbé de honte, les endeuillés après suicide ne perçoivent parfois pas les soutiens socio-familiaux existants. Si la stigmatisation sociétale a été repérée historiquement depuis Saint Augustin (Hanus, 2004), des études récentes (Mc Niel, 1988 ; Seguin, 1995 ; Begley et Quayle, 2007 ; Sveen, 2007) la confirment. Là encore, cette stigmatisation sociale vient redoubler la culpabilité personnelle. Les mécanismes de stigmatisation peuvent entraîner une souillure de l'identité personnelle et de l'identité sociale (Castelli-Dransart, 2003) et même, à l'extrême, une déliance sociale (Bolle de Bal, 1996), c'est-à-dire une rupture des liens sociaux les plus fondamentaux.

Certaines personnes présenteraient plus de risque de développer des complications : antécédents familiaux de suicide, de conduites suicidaires (Brent, 1996), de pathologies psychiatriques (Brent, 1996), en particulier d'alcool-dépendance (Tall, 2008), antécédents personnels de tentatives et d'idéations suicidaires (Shafii, 1985).

Enfin, plusieurs auteurs ont souligné le caractère aggravant de la découverte du corps du suicidé, véritable rencontre avec le réel de la mort effractant l'appareil psychique (Callahan, 2002) ; il est plus à noter que le sentiment de rejet et/ou de stigmatisation est dans ce cas encore plus vivement ressenti (Van Dongen, 1990). Le fait de ne pas anticiper l'évènement renforce son impact traumatogène (Barrett, 1990).

Certains **facteurs** peuvent jouer un rôle **protecteur** pour le sujet endeuillé. Il s'agit par exemple du soutien de l'entourage (Callahan, 2000), qui fait parfois office de « tiers tampon » (Castelli-Dransart, 2003) filtrant et s'occupant des besoins matérielles et créant ainsi une zone de répit et de récupération, de l'anticipation du décès (Sheskin et Wallace, 1976) et du sentiment d'utilité sociale (Barrett, 1990). Pour Castelli-Dransart (2003), le suicide d'un proche est un évènement majeur, extra-ordinaire, dans la vie d'un individu et, à ce titre, il peut être considéré comme un évènement déclencheur de repositionnements identitaires. Un travail visant à rendre ordinaire l'extraordinaire peut être fourni par l'entourage et les proches, ou par un évènement extérieur. Ainsi, les funérailles sont l'un de ces moments où se produit la normalisation de cette mort particulière par l'application de rites et de procédures ordinaires, autorisant un travail de reconstruction identitaire tant au niveau individuel qu'au niveau social.

BIBLIOGRAPHIE

Bacqué MF. Deuils et traumatismes. *Annales Médico-Psychologiques* 2006, 164 : 357-363.

Barrett TW, Scott TB. Suicide bereavement and recovery patterns compared with non suicide bereavement patterns. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 1990, 20 (1) : 1-15

Begley M, Quayle E. The lived experience of adults bereaved by suicide : a phenomenological study. *Crisis* 2007, 28(1) : 26-34.

Bolle de Bal M. Voyages au coeur des sciences humaines. De la reliance à la déliance. Harmattan, Paris, 1996.

Brent DA et al. Suicidal behaviour runs in families. A controlled study of adolescent suicide victims. *Archives of General Psychiatry* 1996, 53 : 1145-1152.

Callahan J. Predictors and correlates of bereavement in suicide support group participants. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2000, 30 (2) : 104-124.

Castelli-Dransart DA. Vivre après ? Reconstructions identitaires de proches de personnes décédées par suicide. Thèse de Doctorat, Faculté de Lettres de l'Université de Fribourg (Suisse), 2003.

Fidelle G. « Je cherche à comprendre » : le psychothérapeute face au suicide d'un patient. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale* 2004, 7 (76) : 37-40.

Hanus M. Les particularités du deuil après suicide. *Etudes sur la mort* 2005, 127 : 49-58.

Hanus M. Le deuil après suicide. Paris, Maloine, 2004.

Herzog A, Resnik HLP. A clinical study of parental response to adolescent death by suicide with recommendations for approaching the survivors. *Brit J Psychiatry* 1969, 3 : 144-152

Huon ME. Le sujet endeuillé par suicide : du traumatisme à l'élaboration psychique de la perte. *Etudes sur la mort* 2005, 127 : 91-100.

Jeammet P, Reynaud, Consoli SM. *Psychologie Médicale.* Paris, Masson, 1996.

Mc Niel DE, Hatcher C. Family survivors of suicide and accidental death : consequences for widows. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 1988, 18 (2) : 137-148.

Mitchell AM et al. Complicated grief in survivors of suicide. *Crisis* 2004, 25(1) : 12-18.

Nasio JD. Le livre de la douleur et de l'amour. Paris, Payot, 1996.

Seguin M, Lesage A et Kiely MC. Parental bereavement after suicide and accident : a

comparative study. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 1995, 25(4) : 489-499.

Shafii M et al. Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry* 1985, 142 (9) : 1061-1064.

Sheskin A, Wallace SE. Differing bereavements : suicide, natural and accidental death. *Omega* 1976, 7(3) : 229-242.

Sveen CA, Walby FA. Suicide survivors' mental health and grief reactions : a systematic review of controlled studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2007, 38 (1) : 13-29

Tall K et al. Do survivors respond differently when alcohol abuse complicates suicide ? Findings from the psychological autopsy study in Estonia. *Drug and Alcohol Dependence* 2008, 95 : 129-133.

Vandecasteele I, Courtois L, Lefebvre A. Travail de deuil suite au suicide dans le couple : un étrange pacte traumatique. *La Revue Francophone de Gériatrie et de Gérologie* 2005, 12 (115) : 244-247

Van Dongen CJ. Agonizing questioning : experiences of survivors of suicide victims. *Nursing Research* 1990, 39 : 224-229.

Walter M. Psychothérapie et suicide : pacte et impact. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale* 2004, 7 (76) : 23-26.

