Zeitschrift: Publikationen der Arbeitsgruppe für Kriminologie

Herausgeber: Schweizerisches Nationalkomitee für geistige Gesundheit ; Arbeitsgruppe für Kriminologie

Band: - (1986)

Artikel: Psychotherapie et suicide

Autor: Schneider, Pierre-Bernard

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-1051046

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 14.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Psychotherapie et suicide

Pierre-Bernard Schneider

Comme nous ne désirons pas nous perdre rapidement en route, je commencerai par vous présenter deux éclaircissements qui vous donneront un début d'explication du titre de mon exposé qui ne relie que lâchement »psychothérapie« à suicide. Le premier tente brièvement de définir la psychotherapie, donc d'en circonscrire le champ à un ensemble cohérent et non de l'élargir à toutes les actions psychiques, si ce n'est même corporelles, qu'un homme peut exercer sur un autre. Selon cette conception élargie à l'infini la torture mentale et le lavage de cerveau pourraient être considérés comme des psychothérapies. La définition résumée que je vous propose est la suivante: la *psychothérapie est une méthode médicale de traitement des troubles psychiques et physiques.* Son domaine d'action est donc circonscrit au champ médical dans lequel on utilise les notions de santé, de maladie, de traitement, de soins et de prévention. Deuxièmement, *elle traite des troubles psychiques et physiques qui sont en rapport avec des conflits actifs à l'intérieur même de l'appareil mental du malade, conflits qui demeurent en grande partie inconscients et qui ne peuvent être résolus par le patient. Le travail psychothérapique consiste à les dépister et à s'en occuper de différentes manières.* Ces conflits entraînent naturellement des conséquences sur les relations du patients avec autrui et sur la symptomatologie dont il souffre. Pour qu'une psychothérapie puisse commencer *un engagement volontaire du patient aboutissant à une collaboration réelle avec le psychothérapeute est indispensable,* créant *une relation psychothérapique* et permettant *le déroulement d'un processus psychothérapique.* La psychothérapie n'est donc qu'une des formes des thérapies psychiques qui, elles, vont de l'apprentissage de l'accueil du patient au cabinet du généraliste ou à l'hôpital général et de son écoute à des techniques plus élaborées comme les thérapies cognitives, comportementales ou familiales, pour ne citer que quelques exemples.

Le deuxième point à éclaircir est celui des rapports entre la psychotherapie et le suicide. Il est évident que cette méthode ne traite pas directement un comportement comme le suicide, puisqu'elle s'occupe du fonctionnement mental de l'homme qu'elle tente de fortifier, éventuellement de modifier. Elle ne peut prendre comme objectif principal de son action la

prévention de l'acte suicidaire considéré comme un comportement psychopathologique, déviant ou à la limite »mauvais«. En tant que telle elle ne formule aucun jugement de valeur sur les actions que commettent les malades qu'elle traite, ce qui ne signifie pas que le psychothérapeute n'a pas, comme tout homme, sa conception de la mort par suicide qui peut à certains moments l'obliger, par exemple, d'abandonner sa fonction psychothérapique pour prévenir d'une manière ou d'une autre le suicide de son patient qu'il estime être imminent. Ces situations sont rares, surtout si le psychothérapeute comprend que certains sujets veulent consciemment ou inconsciemment l'inciter à sortir de son rôle de psychothérapeute, par exemple en mettant en avant des idées ou même des menaces suicidaires dont il doit d'abord comprendre la signification psychodynamique plutôt que de s'empresser d'agir contre elles. A mes yeux, il ne peut exister une psychothérapie spécifique du suicide, de la tentative de suicide ou des idées suicidaires, même si la population des suicidés et celle des suicidants se distinguent de la population générale ou d'autres populations psychopathologiques par certaines particularités qui ne sont pas décisives. Mais, comme je désire être bien compris, je souligne encore une fois que la psychothérapie dont je parle est une méthode de traitement restrictives et que je ne sous- estime pas les aides psychologiques de toutes espèces qui sont offertes aux sujets qui peuplent le cercle suicidaire.

Tout psychothérapeute qui a acquis une certaine expérience sait qu'au cours de la psychothérapie la plupart de ses patients présentent une fois ou l'autre des pensées suicidaires, des velléités d'actes auto-agressifs ou commettent même des tentatives et que celles – ci peuvent être sérieuses et graves. Il en cerne la phénoménologie et en comprend parfois la signification psychodynamique qui lui permet souvent des interventions et des interprétations faisant reculer mort et suicide. Ainsi se sont rassemblées depuis Freud, si ce n'est auparavant déjà, des connaissances importantes sur notre thème et ce savoir s'est beaucoup enrichi récemment. Les psychothérapeutes l'offrent aux suicidologues pour qu'ils le critiquent sur la base d'autres expériences faites dans d'autres cadres et qu'ils l'utilisent, par exemple au cours du traitement de la crise suicidaire, lequel ne fait pourtant qu'exceptionnelement appel à des psychothérapies proprement dites, ne serait-ce qu'en raison de sa courte durée qui ne permet pas l'établissement de la relation psychothérapique. Mais les médecins, les psychiatres et le personnel soignant qui agissent en première ligne ont tout intérêt à intégrer au cours de leurs interventions les données psychodynamiques fournies par les psychothérapeutes.

Les interventions de crise chez les suicidaires ne durent que quelques jours, éventuellement une semaine ou deux, et dans le nouvel équilibre qui se crée en fin de crise il n'y a que peu de place pour une psychothérapie. Grâce à des mesures diverses, dont la description n'appartient pas à

mon thème, l'éruption s'est calmée et l'on comprend facilement que dans cette sérénité apparente, l'offre d'une psychothérapie, dont on sent bien qu'elle risque de tout remettre en question, est souvent mal acceptée si ce n'est franchement refusée aussi bien par le patient que par les soignants. Tous ceux qui travaillent dans les centres médicaux divers où sont traités les suicidants peuvent observer ce mouvement de recul. Rares sont les suicidants qui entreprennent après la sortie du centre après un séjour de quelques jours une psychothérapie alors même que les entretiens psychiatriques avaient dévoilé une problématique conflictuelle qui paraissait être abordable par une véritable approche psychothérapique.

Plusieurs auteurs estiment qu'il faut intervenir psychodynamiquement les plus rapidement possible après l'acte suicidaire, par exemple dès les premiers signes de réveil d'un intoxiqué volontaire, pour en quelque sorte profiter thérapeutiquement de l'état d'ouverture à l'autre qui apparaît parfois dans ces circonstances exceptionnelles. Ces espérances ont été presque régulièrement déçues dans la perspective d'une prise en charge psychothérapique ultérieure avec la possibilité de l'élucidation des conflits. Des traitements de soutien ou d'accompagnement ont parfois été possibles, mais très rarement de véritables psychothérapies alors que les premiers entretiens, immédiatement après la tentative, pouvaient donner l'illusion que tous les suicidants qui ne sont pas des psychotiques pourraient et même devraient pouvoir bénéficier d'une psychothérapie. Pour cette raison, quelques auteurs, dont *Retterstoel N.*, et nous-même avons abandonné l'illusion d'une psychothérapie des suicidants traités dans les différents services de l'hôpital général ou dans les centres antipoison et autres services d'urgence au bénéfice d'un simple accompagnement ou d'un contrôle analogue à ceux que l'on effectue chez les patients cancéreux. Ces simples mesures semblent porter des effets sur la fréquence des récidives suicidaires (*F. Wulliemier et Coll.; Retterstoel N.*). C'était tomber de bien haut, c'est exact, mais c'était aussi revenir à une compréhension réaliste de ce que peut faire le psychothérapeute lorsqu'il abandonne heureusement son désir de sauver à tout prix ses patients.

Cependant des exceptions existent et chaque psychothérapeute à traité par des méthodes classiques allant jusqu'à la cure psychanalytique des sujets qui l'ont consulté après une tentative de suicide et qui, après une longue catamnèse, comme je puis le faire, ont obtenu des résultats à long terme favorables, également en ce qui concerne le suicide. On peut faire l'hypothèse que la psychothérapie les a aidés à reconstruire selon d'autres plans plus cohérents leur vie mentale et affective: c'est déjà beaucoup.

Si je me suis étendu longuement sur ce deuxième éclaircissement, c'est qu'il était indispensable de bien démontrer que *les liens entre état suicidaire et psychothérapie ne sont que contingents et non nécessaires.* Ils le sont aussi à un autre point de vue, celui de la *durée.* On sait qu'il existe des

populations qui présentent un plus grand risque suicidaire que la population générale. Les suicidants, c'est-à-dire les personnes qui ont fait une tentative de suicide, sont l'une d'elles. De nombreuses recherches catamnestiques, dont une personnelle, l'ont montré, mais ils faut relever trois constations que ces études ont mises en évidence. Si le taux de suicide des groupes à haut risque est plusieurs fois celui de la population générale, il est cependant bas et le suicide demeure un évènement rare, donc soumis aux règles statistiques de cette espèce d'évènements. Ainsi, si 15 % à 20 % des suicidants s'ôteront au cours des années la vie, 80 à 85 % de ces sujets ne mourront pas de suicide. Si l'on tient compte de la relative rareté de l'évènement suicide, il est impossible d'essayer de prouver statistiquement, comme certains chercheurs naïfs le font, que telle ou telle méthode de prise en charge, la psychothérapie par exemple, influence le taux suicidaire d'une population donnée. On peut, en revanche, proposer une appréciation clinique, non statistique, en rassemblant des psychothérapies qui ont réussi, mais n'importe quelle preuve fondée sur une appréciation statistique a toutes les chances d'échouer, puisque non seulement le suicide est un évènement rare, mais que la psychothérapie l'est également.

Le risque suicidaire élevé des suicidants s'étend sur des dizaines d'années, comme notre étude, qui comporte une catamnèse de 30 ans, l'a montré. Peut-on contrôler, traiter et prendre en psychothérapie ces sujets au cours d'une aussi longue période, même si les méthodes de prédiction du suicide étaient fiables, ce qu'elles ne sont pas en l'occurence? On doit répondre négativement. Enfin – et c'est la troisième constatation – l'indication clinique à une psychothérapies quelle que soit sa forme et même à une »simple« psychothérapie de soutien est aussi rare une fois la période de crise passée. Comme on sait que le risque suicidaire des suicidants est nettement plus élevé au cours de la première année après la tentative, mais qu'il est relativement bas pendant les quelques semaines qui la suivent immédiatement, on peut délimiter une plage de temps pendant laquelle des mesures de surveillance et de traitement pourraient être plus efficaces, mais il n'est pas possible d'ordonner une psychothérapie comme on prescrit un antidépresseur ou comme on met sur pied des contrôles périodiques.

Ma longue expérience de supervision de psychothérapies psychanalytiques, mais aussi de soutien ou d'autres tendances, ainsi que l'expérience de mes anciens collaborateurs nous permettent de dire, sans pouvoir le prouver statistiquement, ce qui n'est pas aussi grave qu'on pourrait le penser, que rares sont les tentatives de suicide, mais aussi les suicides pendant les periodes de psychothérapie, l'abscence de catamnèse ne nous permettant d'autres constatations. En analysant les 34 suicides survenus chez les patients examinés et traités à la Policlinique psychiatrique universitaire de

Lausanne de 1973 à 1980, j'ai relevé qu'un seul de ces malades était en psychothérapie, en l'occurence dans un groupe de psychothérapie analytique. En revanche, 30 des 34 patients suivaient un traitement médicamenteux et 28 une thérapie de soutien. 24 de ces patients avaient un traitement mixte médicamenteux et thérapie de soutien. Cette analyse, qui ne part pas d'un groupe de suicidants, donne une preuve de plus de la rareté des traitements psychothérapiques proprement dits dans la sphère du suicide.

Pour conclure cette première partie de mon exposé je dirai que la psychothérapie au sens restrictif que je lui ai donné est une méthode rarement appliqué au suicidant. En revanche, tout psychothérapeute a fréquemment l'occasion d'étudier *l'aspect psychodynamique de la constellation suicidaire* de ses patients. Ainsi la psychothérapie a enrichi la psychologie de contributions psychodynamiques importantes que nous allons examiner d'un peu plus près.

La première, présentée tout d'abord par *S. Freud*, a affaire avec *l'agressivité inconsciente* dirigée sur des personnes proches et significatives, mais retournée sur le sujet lui-même. C'est aussi l'une des caractéristiques du syndrome présuicidaire de *Ringel* et, cliniquement, l'irritabilité, la susceptibilité et une certaine violence du suicidaire déclenchent en miroir l'hostilité de son milieu, de ses proches, mais aussi de son médecin et des soignants. Ces mouvements dynamiques de la personnalité sont régressifs et correspondent, sur le plan psychanalytique, à des positions anales sadomasochiques, mais en raison d'une grande culpabilité, seul le masochisme peut être vécu dans l'autopunition.

Aussi l'attitude de ces patients envers leur psychothérapeute ou l'équipe soignante de l'hôpital général est-elle faite de méfiance, de critiques, de mutisme réprobateur et de refus. On comprend mieux pourquoi il est si difficile de mettre de tels patients sur l'orbite psychothérapique. Pourtant, c'est après l'échec du suicide, donc après l'échec de l'issue masochique, que l'ouverture sur l'hétéro–agressivité devient à nouveau possible et aboutit à un comportement franchement négatif à l'égard des »sauveurs«, le personnel soignant et surtout le psychiatre psychothérapeute. Celui-ci, dans sa naïveté ou dans sa toute–puissance s'attend à être bien accueilli par celui qui a frôlé ou même rencontré la mort et il se fait rabrouer, ce qui entraîne une profonde désillusion et des contre-attitudes également hostiles qui deviennent surtout nuisibles lorsqu'elles ne sont pas reconnues ou admises, mais bien camouflées derrière une sollicitude inauthentique. Notons qu'avec la problématique de l'agressivité nous sommes en plein dans la psychodynamique classique des conflits inconscients sans issue.

Le *syndrome du renoncement*, bien décrit pas *G. Engel* et ses collaborateurs de Rochester (New York), au cours des maladies physiques et chez les mourants, se rencontre fréquemment chez les suicidaires. Chez les mourants il devient en quelque sorte la condition de l'acceptation sereine

de la mort, mais chez les sujets dont nous nous occupons il signe au contraire une faille importante de la structure psychique. Le syndrome de renoncement est constitué d'un état de désespoir (hopelessness) et d'un sentiment d'impuissance devant n'importe quelle tâche à accomplir, devant les exigences de l'existence et dans les relations interpersonnelles (helplessness). Ce syndrome se situe très près de ce que *P. Marty* nomme la dépression essentielle et la désorganisation progressive de l'appareil mental. Ces nouvelles connaissances enrichissent les psychothérapeutes, mais peuvent aussi rendre des services aux personnes qui acceptent ou qui sont obligées de s'occuper des suicidaires à n'importe quel stade.

La faille que je viens de mentionner se situe au niveau du *narcissisme,* dans ces couches profondes de notre psychisme où se construit l'estime de soi, le sentiment de sa propre valeur, et qui est aussi le lieu, si l'on peut utiliser ce langage métaphorique, où le soi (self), se développe. Les sujets qui souffrent d'une pathologie déficitaire de cette instance psychique sont très sensibles à toutes les frustrations, les déconvenues, les échecs et les rejets que la vie amène. Bien davantage. ils les provoquent dans un mouvement masochique profondément destructeur conscient et inconscient. N'ayant pas suffisamment acquis de sécurité intérieure, des évènements défavorables même minimes les destabilisent, les rendent complètement impuissants et désespérés et ouvrent la porte à l'auto-destruction. *Henseler* a tenté une explication psychodynamique du chemin suicidaire. Ces individus si peu sûrs de leur valeur personnelle, ne pouvant pas s'estimer à leur juste niveau, devenus impuissants se défendent en niant la réalité par des idéalisations massives. Il est évident que ces mécanismes protecteurs ne peuvent qu'échouer et le patient n'a que le recours à des fantasmes de retrait à un niveau primordial d'harmonie et de paix. Il abandonne son individualité et recherche par et dans la mort sécurité, protection et paix.

La connaissance clinique de ces trois domaines psychodynamiques (l'agressivité inconsciente, le renoncement et l'atteinte narcissique), que l'on retrouve fréquemment dans la pathologie actuelle des déprimés, des névroses prégénitales, des borderliners, des états prépsychotiques et des comportements toxicomanes, retentit sur la manière de traiter ces états pathologiques saturés en pensées et actes suicidaires. Ces patients éprouvent beaucoup de peine à établir une alliance thérapeutique en raison de la rage intérieure, bien camouflée d'ailleurs, qui les habite et qui pervertit les rapports humains qu'ils désirent avec tant d'avidité. Ils ne se sentent acceptés que si le psychothérapeute admet leur agressivité et ne les juge pas. Ceci implique un travail délicat de connaissance et de régulation de la contre-attitude (du contre-transfert, si l'on veut) du psychothérapeute qui a tout intérêt à admettre aussi qu'en raison de leur hostilité ces patients lui posent un problème qu'il ne peut pas résoudre en adoptant le même comportement. Ces affects sont ceux que l'on rencontre dans les états suicidai-

res et c'est en les mettant au centre des efforts thérapeutiques que l'on peut avancer.

Si le médecin accepte en son for intérieur que son patient possède la liberté de s'ôter la vie et s'il peut lui en faire part d'une manière ou d'une autre, il lui redonnera cette estime en lui-même qui lui fait si cruellement défaut. Autrement dit, on ne restaure pas la confiance du suicidaire en lui-même en le rendant coupable d'avoir des idées suicidaires. C'est au contraire en admettant authentiquement son autonomie dans ce domaine également, donc la légitimité éventuelle du suicide, qu'on peut alors aborder avec lui dans le travail minutieux de la psychothérapie la problématique suicidaires en grande partie inconsciente. Le médecin psychothérapeute abandonne son désir de toute – puissance de guérir, de sauver, mais aussi de tout connaître et d'aimer entièrement son patient. Rendre le patient responsable de son existence comme de sa mort, le considérer comme un être libre qui peut décider lui-même de son sort, y compris être l'arbitre qui choisit vie ou mort, c'est lui permettre d'acquérir cette valeur personnelle qu'il croyait avoir définitivement perdue.

Pour mener à chef ce travail psychodynamique, le cadre de la psychothérapie psychanalytique, individuelle ou de groupe, convient le mieux, car il est établi justement pour élucider les conflits récents ou archaïques. Mais peu de sujets possèdent les qualités, sur lesquelles il ne s'agit pas maintenant de s'étendre, nécessaires pour commencer une telle thérapie. Cependant on peut aussi aborder ces problèmes touchant le narcissisme et l'agressivité au cours des psychothérapies dites de soutien, les plus fréquentes au sein du monde psychiatrique. Ceci ne signifie pas qu'elles sont les plus faciles à exécuter; bien au contraire, elles exigent une formation approfondie, ce dont bien des psychothérapeutes novices ne se rendent pas compte. La psychothérapie consiste donc à aider le patient à s'approprier à nouveau sa propres responsabilité, base de l'estime de soi-même, en évitant soit de le sauver, soit de le rejeter. Le désir inconscient qui signe la résistance du patient va dans la direction opposée, à savoir charger quelqu'un d'autre de prendre les responsabilités pour lui et d'être garant de sa vie. Si le psychothérapeute, pour des motifs compréhensibles qu'il devrait contrôler dans sa contre-attitude, partage cette croyance, il ne peut qu'essayer de protéger à tout prix son patient et il diminue d'autant le sens des responsabilités de celui-ci. En quelque sorte il enchaîne le patient qui devient encore plus désespéré.

Ces attitudes psychothérapiques sont beaucoup mieux adaptées à nos connaissances psychodynamiques et elles commencent à pénétrer en suicidologie, mais bien lentement si l'on parcourt la littérature. S'il est vrai que le médecin, le psychiatre et le psychothérapeute doivent empêcher, leur patient de mourir, de suicide également, si cela est possible et pas à n'importe quel prix, ce souci ne doit pas les aveugler. En construisant des

murs autour de lui, en l'enfermant physiquement dans l'hôpital psychiatrique et psychiquement dans des contrats du genre »tu me promets de ne pas te suicider«, il ne peuvent que lui enlever encore le peu d'estime qu'il a de lui-même et ils se présentent comme le »sauveur«. Dans le même ordre d'idées il est souvent nocif d'assurer un patient qu'il pourra toujours atteindre son médecin et que celui-ci sera toujours présent. Cette disponibilité absolue n'est à la limite possible que pour la courte durée d'une crise psychopathologique et non pour de longues périodes et la psychothérapie exige du médecin qu'il soit vrai et non pas idéalement bon.

Voici quelques notes qui montrent bien les changements survenus dans la compréhension de la psychodynamique des patients suicidaires. Cependant il convient de faire quelques remarques restrictives. Ces reflexions concernent donc avant tout la problématique suicidaire de sujets en psychothérapie et celles-ci, même s'il s'agit de psychothérapies dites brèves, durent longtemps, au minimum quelques mois, alors que les états suicidaires traités dans les centres d'urgence, les centres antipoison et les centres de prévention du suicide ne durent que quelques jours et ne permettent que rarement de commencer des psychothérapies. Pourtant ces données psychodynamiques, et d'autres plus classiques aussi, peuvent aider les soignants qui doivent prendre en charge les suicidants pendant cette brève période. Le risque suicidaire diminue beaucoup immédiatement après l'acte auto-agressif, à l'exception des dépressions endogènes et des malades gravement psychotiques, et c'est au cours de la première année qu'un suicide survient, et encore, mais dans une moindre mesure pendant de longues années. N'oublions pas d'autre part que la population des sujets en psychothérapie est très différente à bien des points de vue de celle des suicidaires et que ce que je viens de décrire l'a été sur la base d'expériences psychothérapiques.

On trouve dans la littérature récente de nombreux articles sur la manière de s'occuper des suicidants aigus et sur leur traitement. Si on mentionne souvent des psychothérapies, la grande majorité de celles qui sont décrites n'entrent pas dans le cadre que j'ai délimité. Les auteurs proposent ou même imposent aux patients des mesures actives, que ce soit individuellement ou en groupe. Il est bien difficile d'apprécier leur efficacité, comme c'est aussi le cas pour l'ensemble des psychothérapies. Les psychothérapeutes essaient d'obtenir chez leurs patients une modification ou plus exactement un changement du fonctionnement de l'appareil mental, changement qui permet l'atténuation des symptômes, de la souffrance et même un nouvel équilibre plus favorable. Les études sur les effets des psychothérapies établissent à l'aide de procédés techniques divers un bilan de l'état psychique fonctionnel avant la psychothérapie, immédiatement après celle-ci et, si possible, après un au deux ans. Une comparaison entre ces bilans permet une appréciation qui doit être très critique. Il

n'existe que peu de possibilités de faire entrer dans ce processus de contrôle les comportements suicidaires, mais bien des paramètres psychologiques comme la dépendance, l'autonomie, le style des relations avec autrui, la structure interne de l'appareil psychique, et d'autres encore.

Dans le cadre de la prévention on utilise, souvent sans discernement, des méthodes statistiques au sujet d'un comportement humain bien caractéristique, mais qui apparaît rarement dans l'ensemble d'une population. Vouloir mesurer l'efficacité du traitement psychothérapique et même du traitement de crise par d'éventuelles modifications du taux de suicide d'une population générale ou même de celle des suicidants me paraît être une aberration méthodologique. En revanche il est très important de pouvoir disposer des comptes-rendus détaillés des psychothérapies de patients suicidaires, car ils nous fournissent des éléments très pertinents sur les réussites, mais également sur les échecs, ceux-ci paraissant pourtant être rares au cours des psychothérapies, ce qui peut nous conforter. Les données récentes sur la psychodynamique du suicidaire, incluse d'ailleurs dans un cadre psychopathologique plus large, prouvent avec certitude l'utilité de la psychothérapie comme moyen de mieux connaître le domaine du suicide et de contribuer, indirectement peut-être, aux soins que l'on peut donner aux sujets suicidaires.

Bibliographie

Asimos, C. T. and Rosen, D. H.: Group treatment of suicidal and depressed persons. Bull. Menninger Clinic. 42: 515–518. *1978.*

Cotton, P. G.; Drake, R. E.; Gates, C.: Critical treatment issues in suicide among schizophrenics. Hospital and Community Psychiatry 36: 534–536. *1985.*

Federn, P.: Selbstmordprophylaxe in der Analyse. Zeitschr. für Psychoanal. Pädagogik. 3: 379–389 *1928–1929.*

Glasser, M; Amdur, M. J. and Backstrand, J.: The impact of psychotherapists and primary physicians on other violent deaths in a rural area. Can. J. Psychiatry 30: 195–202. *1985.*

Hackel, J. and Asimos, C. T.: Resistances encountered in starting a group therapy programm for suicide attempters in varied administrative settings. Suicide and Life Threatening Behavior 11: 93–98. *1981.*

Hendin, H.: Psychotherapy and suicide. Am. J. Psychotherapy. 35: 469–480. *1981.*

Henseler, H.; Reimer, C.: Selbstmordgefährdung. Zur Psychodynamik und Psychotherapie. Stuttgart-Bad Cannstatt. Problemata. Frommann-Klozboog. 93. *1981.*

Hirsch, S. R.; Walsh, C. and Draper, R.: Parasuicide. A review of treatment

interventions. J. of Affective Disorders 4: 299–311. *1982.*
Hochmann, J.; Buffard, S.; Vedrinne, J. et Colin, M.: Premières réflexions sur une expérience de psychothérapie des suicidants Ann. méd. lég. 45: 80–92. *1965.*
Kiev, A.: Psychotherapeutic strategies in the management of depressed and suicidal patients. Am. J. Psychotherapy.
Kulawik, H.; Ott, J.; Geyer, M.: Die Psychotherapie der Suizidalität. Psychiat. Neurol. med. Psychol. Leipzig. 29: 490–497. *1977.*
Marshall, K. A.: When a patient commits suicide. Suicide and Life Threatening Behavior. 10: 29–40. *1980.*
Mintz, R. S.: Psychotherapy of the suicidal patient. Am. J. Psychotherapy 15: 348–367. *1961.*
Moss, L. M. and Hamilton, D. M.: The psychotherapy of the suicidal patient. Am. J. Psychiat. 112: 814–820. *1956.*
Motto, J. A.: Starting a therapy group in a suicide prevention and crisis center. Suicide and Life Threatening Behavior. 9: 47–56. *1979.*
Olin, H. O.: Psychotherapy of the chronically suicidal patient. Am. J. Psychotherapy.
Pfeffer, C. R.: Modalities of treatment for suicidal children: an overview of the literature on current practice. Am. J. Psychotherapy 38: 364–372. *1984.*
Pohlmeier, H.: Einige Bedingungen für die Psychotherapie bei der Selbstmordverhütung. Med. Mschr. 28: 115–119. *1974.*
Retterstoel, N.: Long term program after attempted suicide. Oslo, Bergen Tromst Universitets forlajet. *1970.*
Rosen, D. H.: Suicide survivors: psychotherapeutic implications of egocide. Suicide and Life Threatening Behavior. 6: 209–215. *1976.*
Schneider, P. B.: Risques suicidaires et prise en charge des suicidants. Médecine sociale et préventive 24: 12–21. *1979.*
Schneider, P. B.: Le suicide chez les patients d'un service psychiatrique ambulatoire. Arch. Suisses Neurol. Neurochir. Psychiatrie 131: 133–146. *1982.*
Shneidmann, E. S.: Aphorisms of suicide and some implications for psychotherapy. Am. J. Psychotherapy 38: 319–363. *1984.*
Tabachnick, N.: Interpersonal relations in suicidal attempts Arch. Gen. Psychiatry. 4: 16–21. *1961.*
Torhorst, A., Moeller, H. J.: Gruppenpsychotherapie mit Suizidalen: Zusammenfassung der in der Literatur mitgeteilten Erfahrungen. Psychother. med. Psychol. 33: 31–41. *1983.*
Wulliemier, F., Bovet, J. et Meylan, D.: Le devenir des suicidants admis à l'hôpital général. Etude comparative de deux formes de prévention des récidives et des suicides. Médecine sociale et préventive. 24: 73–87. *1979.*

Zusammenfassung

Nachdem wir erst die Grenzen der Psychotherapie als solcher definiert haben, wenden wir uns ihrem nicht immer unbedingt bestehenden, aber sich oft daraus ergebenden und bedeutenden Zusammenhang mit dem Thema Selbstmord zu.

Es gibt keine speziell für eine Selbstmordsituation entwickelte Psychotherapie und zwar aus verschiedenen Gründen, die aufgeführt werden. Wir gehen von der akuten Selbstmordkrise aus und analysieren die verständlich erscheinende Schwierigkeit, eine Psychotherapie anzuwenden, unter Berücksichtigung der Tatsache, daß die Selbstmordhandlung die momentane Lösung eines intimen oder relationellen Konfliktes darstellt, der keinen anderen Ausweg gefunden hat.

Wenn man dann noch die Dauer des erhöhten Selbstmord-Risikos berücksichtigt, welches sich über Jahrzehnte hinzieht, so versteht man die Schwierigkeit, vielleicht sogar die Aussichtslosigkeit, dem Selbstmord durch eine Psychotherapie vorbeugen zu können und dies dann in einer epidemiologischen Studie zu beweisen.

Der Psychotherapeut aber beobachtet und erarbeitet zusammen mit seinem Patienten die Selbstmordproblematik und von dieser Warte aus gesehen, bringt er der Selbstmordforschung theoretisch wie auch praktisch sehr viel. Sodann werden die Rollen der gegen sich selbst gerichteten unbewußten Aggressivität, des Verzichtsyndroms und die Bedeutung der narzißtischen Pathologie in ihrem Verhältnis zur Selbstmorddynamik beschrieben; und zwar vor allem in Zusammenhang mit dem Verhalten des Arztes seinem Selbstmord-Patienten gegenüber. Dieses Verhalten entwickelt sich in einem vorteilhaften Sinne und nimmt von der Notwendigkeit Kenntnis, dem Selbstmordpatienten eine verstärkte Verantwortung und Selbständigkeit zu verschaffen, die ihm erlauben, sich aus der anscheinend sicherheitverschaffenden aber sehr selbstmordfördernden Abhängigkeit zu befreien, in der man ihn gefangen hielt. Diese psychodynamischen Erkenntnisse müssen mit Vorsicht verwendet werden und treffen auch nicht auf alle Selbstmordkandidaten zu. Ihre Berücksichtigung ist aber dennoch wichtig für die klinische Tätigkeit.

Pierre-Bernard Schneider
Prof. Dr. med.
Av. Général Guisan 19
1009 Pully