

Pascal Neveu

(FRA/ITA/ENG)

On parle sans doute trop peu du suicide, sauf de quelques cas médiatisés qui d'ailleurs entraînent un phénomène de contamination avec le même mode opératoire dans les jours qui suivent.

Pourtant la personne endeuillée suite à un suicide a besoin de comprendre ce qui s'est passé.

Car seul un suicidé sur trois laisse un message, et, dans 50% des cas, le message n'apporte aucune explication. Au contraire, le mot reste encore plus confusionnant voire culpabilisant.

Pour rappel le taux de suicide est 2 fois plus important qu'en Italie et au Royaume-Uni.

Les taux les plus élevés étant la Lituanie et la Russie (1,5 fois plus que la France)

Quelques chiffres, en France^[1] :

- 11 000 suicides par an, soit 1 suicide toutes les 50 minutes
- ce qui représente 2 % de l'ensemble des 540 000 décès annuels
- dont 220 000 tentatives de suicide estimées par an
- et 60 % des personnes ayant fait une tentative de suicide répètent leur geste (dans plus de 50% des cas, la récurrence survient dans l'année qui suit la première tentative)
- cela représente environ 60 000 endeuillés dont 5400 enfants par an
- c'est la 3^{ème} cause de mortalité prématurée (9,7%)

Le suicide concerne 4 hommes pour 1 femme (environ 75%), et les tentatives de suicide 3 femmes pour 1 homme (environ 65%)

Le tableau ci-après reprend succinctement les modes de suicide utilisés différemment chez l'homme et chez la femme :

Hommes

pendaison (52 %)

arme à feu (25 %)

noyade (5 %)

saut dans le vide (4 %)

seul 1 suicidé sur 3 laisse un message *dans 50% des cas le message ne donne aucune explication*

Femmes

Empoisonnement médicaments (30 %)

pendaison (27 %)

noyade (17 %)

saut dans le vide (7 %)

Quels sont les âges concernés ?

Les 44-54 ans sont les plus touchés par le suicide, avec plus de 22 % des suicides, suivis par les 35-44 ans (près de 17 % des suicides) et les 55-64 ans (près de 17 % des suicides). 28 % des suicides ont concerné des personnes âgées de plus de 65 ans.

Pour ce qui concerne les jeunes :

- 4,8 % des suicides concernent la classe d'âge des 15-24 ans,
- 9,4 % des suicides concernent la classe d'âge des 25-34 ans.

Le suicide est la 1ère cause de mortalité chez les 25-34 ans, représentant 20,6% du total des décès.

Le suicide représente la 2ème cause de mortalité (après les accidents de circulation) chez les 15-24 ans (16,3 % du total des décès).

Comment l'expliquer ?

En dehors tout trouble psychopathologique (dépression mélancolique, maniaco-dépression, schizophrénie de type paranoïaque avec troubles délirants...) qui accroît considérablement le risque suicidaire, des indicateurs psycho-sociologiques permettent de mieux comprendre l'état émotionnel et de désespoir dans le quel se trouve le suicidé.

S'il y avait une définition à donner au suicide, peut-être pourrions-nous nous servir de celle-ci : « *On se suicide parce qu'il est quelquefois plus difficile de vivre que de mourir, parce qu'une immense détresse intérieure trouve son issue dans la sortie d'un environnement devenu insupportable.* »

Les tourments liés aux changements du corps, à l'acceptation de soi, aux premiers chagrins amoureux, aux échecs scolaires difficiles à accepter, à d'éventuels conflits familiaux... rendent vulnérables les adolescents.

Il faut également savoir que l'homosexualité est la première cause de suicide chez les 15-25 ans.

Sans doute plus impulsifs, moins armés pour affronter les épreuves de la vie, et surtout plus fragiles narcissiquement, les adolescents se ressentent très souvent terrassés.

L'adolescence est une grande période de dépression. Il leur faut faire face au deuil de l'enfance, à leur besoin de séparation d'avec leurs parents qui leur restent néanmoins indispensables, à des choix d'études qui orienteront leur vie.

Pas assez outillés pour ce qui marque leur entrée dans la future vie adulte, désireux de se comporter « comme des grands », ils ne communiquent pas toujours leurs émotions et leur détresse.

Il suffit d'un événement pour qu'ils se replient sur eux face à des questionnements existentiels insoutenables. Ils se voient alors sans issue, et ne leur apparaît qu'inéluctable un passage à l'acte.

Concernant les adultes, les plus jeunes (35-44 ans) récoltent les premiers fruits de leurs esseimages : amour, travail.

L'heure est au bilan, surtout vers la quarantaine. Qu'en est-il de leur réalisation, leur accomplissement et leur réussite, sous une forme d'idéal qu'ils avaient fantasmé depuis leur adolescence, et face à l'image parentale, voire la pression des parents ?

Un divorce, une non-réussite professionnelle les déstabilise profondément.

Ils savent qu'ils vont entrer dans une tranche d'âge encore plus dure en terme de jugement de réussite par la société.

La comparaison avec leurs amis est également un facteur déterminant.

Nous verrons ci-après quels sont les facteurs de risques aggravant le passage à l'acte.

Concernant les 44-54 ans, ce sont hélas principalement les conséquences d'échecs non dépassés, non corrigés qui accentuent l'état dépressif. Le chômage qui les touche, avec l'atteinte narcissique fort éprouvante (j'en parlerai dans une prochaine partie) ne leur donne plus aucun espoir.

Dernière grande catégorie, les personnes âgées.

La maladie, l'isolement, la précarité, le décès du conjoint, une fin de vie pensée sans souffrance, sans dépendance...illusion éphémère... les amène à cette seule solution, souvent heureux de leur vie.

La question de l'accompagnement en fin de vie, de l'euthanasie et du suicide assisté (autorisé en Suisse, aux Pays-Bas, aux USA dans les Etats d'Oregon, de Washington, et du Montana actuellement en débat en Grande-Bretagne) sont également au cœur de cette réflexion.

Qu'est-ce que la vieillesse ?

Nous savons tous que nous allons mourir un jour. Cette mort est inscrite dans nos gènes. Tous les jours des cellules meurent dans notre organisme^[2].

Mais nous n'avons pas d'autre possibilité que la nier afin de vivre.

Alors qu'un enfant grandit, une personne âgée, elle, vieillit.

La dépression guette la personne âgée face à l'image de soi qui se flétrit, qui se fane.

La femme âgée ne peut plus enfanter.

Le corps de l'homme n'est plus aussi robuste et fort.

Vieillir entraîne des privations, des frustrations.

Seule la transmission à des petits-enfants, à une jeunesse, ou autre... réactive un peu d'estime de soi, de bon narcissisme.

Mais, face à cette résignation d'une fin qui approche et face à des complications de santé, les personnes âgées envisagent souvent le suicide afin de vivre une belle fin.

Cependant, de manière générale, le suicide reste fortement corrélé à différents facteurs à risque :

- un trouble mental
- une tentative de suicide antérieure
- une perte de travail ou une perte financière
- certaines maladies physiques majeures
- une histoire de trauma ou abus
- le relâchement des liens familiaux et sociaux

- un manque de soutien social et sentiment d'isolement
- l'alcool et autres troubles d'abus de substances
- une histoire familiale de suicide
- l'exposition à d'autres suicides dans l'entourage
- des barrières pour accéder aux soins de santé
- une pression professionnelle
- un accès facile à des moyens mortels

Quoiqu'il en soit, les raisons de santé ne représentent pas loin de 75% des passages à l'acte, suivi juste après des difficultés financières (40%). Puis viennent les problèmes familiaux (20%), les relations au travail (12%) et les problèmes de couple (10%).

Il est important de retenir que la prédictibilité de l'acte suicidaire est cependant très incertaine et qu'il est impossible d'établir un portrait précis du sujet suicidaire.

Les processus psychiques mis en œuvre face à un suicide sont les mêmes que pour un deuil « traditionnel », à deux points près. Tout d'abord la culpabilité est renforcée, et ensuite il va s'agir d'un double deuil : celui du défunt ajouté à celui de ne pas savoir ce qui s'est passé dans la tête du suicidé.

Le premier réflexe d'un endeuillé va être de rechercher des messages directs ou indirects qu'il n'aurait pas su interpréter.

Messages directs

- *"Je veux en finir"*
- *"C'est trop dur, je n'en peux plus"*
- *"La vie n'en vaut plus la peine"*
- *"Je ne m'en sortirai jamais"*
- *"Je voudrais m'endormir pour toujours..."*
- *"Vous seriez mieux sans moi"*
- *"Ma vie est inutile"*

Messages indirects

- *"J'ai fait mon testament"*
- *"Je vais faire un long voyage"*
- *"Je vais mettre mes affaires en ordre..."*

A celles et ceux qui pensent que la personne qui en parle ne passe pas à l'acte, il est une réalité : environ 75% des personnes décédées par suicide l'avaient annoncé.

Tout comme le fait de penser que « c'est du cinéma » ou que le suicide est une maladie...

Toute tentative de suicide n'est jamais anodine. C'est un appel qui risque de s'exprimer par la suite de manière plus violente. Le suicide est avant tout un mal de vivre. Le suicide n'est pas héréditaire. Mais un suicide dans une famille peut influencer les membres de cette famille sur plusieurs générations.

D'ailleurs l'amélioration consécutive suite à une tentative de suicide ne signifie pas que le risque est passé : La

majorité des récidives se produit dans les mois qui suivent.

Une personne suicidaire n'apparaît pas nécessairement comme déprimée.

Le suicide concerne toutes les couches de la population quelque soit le niveau socio-économique ou la situation familiale.

Parler du suicide encourage la personne en souffrance à se sentir reconnue, et faciliter une demande d'aide et de soutien externe auprès de thérapeutes.

Comment expliquer le suicide ?

Nous portons tous au fond de nous une pulsion « normale », qui est le désir de tuer.

C'est une pulsion animale, d'autodéfense principalement, de survie, d'autoconservation.

A l'identique le désir d'être tué existe.

C'est le cas du kamikaze qui pour des questions idéologiques, religieuses, politiques pense sa vie comme un martyr.

En revanche, la pulsion « anormale », c'est le désir de mourir.

J'entends exclure de la réflexion qui va suivre le cas par exemple d'une patiente victime d'une agression sexuelle traumatisante qui souhaite se suicider, ou encore un patient maniaco-dépressif qui depuis des années fait du chantage au suicide à son épouse. Un enfer pour cette femme qui décide néanmoins de partir une semaine en vacances avec sa fille. Il l'a pourtant prévenue : si elle s'en va il se suicide. Deux jours après son départ, la gendarmerie l'appelle sur son lieu de vacances afin de lui apprendre le décès de son mari lors de l'incendie de la maison.

Il y a deux grandes hypothèses que j'ai pu retrouver chez des patients suicidaires (ne souffrant pas de trouble psychiatrique, mais relevant du champ névrotique) et amenant au passage à l'acte.

Dans un premiers cas l'identification en un objet mort.

Dans un deuxième cas un Idéal du Moi perturbé.

Marie m'est adressée par ses parents très inquiets. Elle a 18 ans et sort d'une hospitalisation suite à une tentative de suicide. C'est sa deuxième en deux ans, à la même période, à quelques jours de son anniversaire. Elle m'explique qu'elle est en conflits avec ses parents depuis des années. La veille au soir de la tentative elle téléphone à son père afin de lui parler. Il est tard ; il abrège la conversation afin de dormir. Marie avale des médicaments. Quelques semaines plus tard, rencontrant ses parents, je leur demande s'ils font un lien entre ces mêmes dates de tentative et l'anniversaire de leur fille. J'apprends alors qu'une autre petite fille est née avant Marie, événement dont je n'avais pas connaissance. Car un soir, le nourrisson âgé de quelques mois pleure. La mère, épuisée, demande à son époux d'aller voir la petite, ce qu'il ne fera pas. Le lendemain, on retrouve la petite décédée (mort subite du nourrisson). C'est à deux-trois jours près les dates de tentatives de suicide de Marie. Le couple a décidé d'avoir un nouvel enfant, tout en lui donnant comme deuxième prénom celui de sa petite sœur. J'ai conseillé aux parents d'emmener Marie sur la tombe de la petite après lui avoir

raconté toute l'histoire et notamment ce prénom accolé. Les conflits parents-enfants ont bien évidemment disparus par la suite. Car à travers tout cela, Marie, par identification en sa soeur ne faisait que rejouer le pan de l'histoire familiale dont elle n'avait pas connaissance.

J'ai en effet souvent constaté qu'il fallait chercher un mort dans la généalogie du patient. Très souvent une mort cachée, un secret de famille pas forcément volontaire.

C'est la théorie de l'encryptement^[3], qui a donnée naissance à la psychogénéalogie. Parfois des années plus tard, voire des générations plus tard, une histoire mérite d'être révélé.

Sans doute le suicide en est-il une des composantes.

En effet l'acte de suicide est condamné par toutes les religions, allant à l'encontre de la souveraineté divine.

A une exception près : lorsqu'il s'agit de sauver une vie dans le cas de résistance ou de régime oppressif.

C'est seulement depuis 1983, face à la reconnaissance des états dépressifs, que l'Eglise catholique a reconnu la possibilité de bénéficier d'obsèques religieuses.

Aussi, ne nombreuses familles ont honte d'annoncer un suicide dans leur entourage.

Dans 44% des cas les familles préfèrent cacher la cause du décès, ce que la loi leur autorise, au nom du secret médical^[4] et du respect à la vie privée.

La deuxième hypothèse porte sur l'Idéal du Moi.

Afin de le définir, il faut se rappeler que l'enfant vit de manière dépendante avec ses parents et dans un environnement rempli de codes, de valeurs relevant tant du bien-vivre ensemble que de règles familiales personnalisées telle l'éducation.

Afin de conserver l'amour de ses parents, et parce que ses parents projettent sur lui qu'il soit un enfant parfait, il va devoir faire se concilier son propre Moi à des composantes d'Idéal. Il assimile donc des valeurs morales, un cadre de vie, des vertus parfois très lourde.

Benoît, 31 ans, en est à sa douzième tentative de suicide. Il a commencé jeune et a déjà fréquenté nombre de thérapeutes. Son histoire est simple : milieu familial assez aisé, parents ayant épousé des carrières professionnelles remarquables. Son frère aîné a réussi un concours prestigieux. On souhaite qu'il intègre une des meilleures écoles de commerce. Or Benoît veut devenir acteur depuis son enfance. L'annonce à ses parents est très mal accueillie. On lui prédit une vie de misère, sans argent, sans amours, vivant plus tard sous les ponts. De fait, à 14 ans Benoît connaît son premier coma éthylique, ne rencontre que des jeunes femmes paumées, il se drogue et répète inlassablement ses tentatives qui n'inquiètent plus ses parents. Ses parents l'ont inscrit de force en fac de droit. Depuis plus de 4 ans il n'accouche pas de sa thèse. Ce serait, pour lui, rentrer dans l'Idéal du Moi prôné par ses parents. Il s'y refuse. Grâce à nos rencontres, Benoît va reprendre possession de son Moi, de sa thèse et de son avenir, une fois qu'il aura pu trouver une passerelle entre ses études de droit et le cinéma.

La souffrance de Benoît était une souffrance identitaire. Il préférerait tuer celui qu'il pensait être possédé par ses parents. L'exigence au détriment de son propre et profond Moi ne lui laissait aucun espace de vie

personnelle.

Dans ces deux hypothèses de travail autour du suicide, il s'agit bien d'une réflexion sur notre Moi.

Nous y reviendrons dans la dernière partie.

C'est bien ce Moi que nous devons enrichir par nos propres envies, nos propres désirs.

La guérison psychique du deuil est particulière, mais pas singulière.

Même s'ils font partie des deuils les plus difficiles (comme les accidents), la particularité est que le décès et le deuil sont provoqués par la personne disparue.

Comment comprendre un acte quand on sait que la majorité des suicidés étaient majoritairement dépressifs ou malades psychiatriques. ?

Ces deuils accroissent l'isolement, le repli du soi, les secrets de famille.

La culpabilité ("Qu'ai-je fait?", "Que n'ai-je pas fait?", "J'aurais dû...", "Je voyais son malaise et je n'ai rien fait...", "Je m'en veux...", "Pourquoi?" ...) et la honte sont les facteurs qui viennent considérablement perturber le deuil.

Le regret de n'avoir pas reçu un mot d'adieu... afin de comprendre.

Mais ceux qui ont eu cette "chance" cherchent tout autant une explication...

Des interrogations torturent sans trêve l'esprit, avec les réponses d'un jour qui sont rejetées dès le lendemain.

La majorité des mots laissés sont des poids culpabilisants pour les proches ou incriminants envers un « étranger » qui amplifient l'état dépressif de l'endeuillé(e).

L'endeuillé doit vivre avec des questions sans réponses.

J'aimerais aborder les difficultés rencontrées chez les enfants.

Jeanne, 6 ans, rentre de l'école. Elle sait que papa bricole à la maison. La veille elle l'a profondément détesté : il l'a puni car elle n'avait pas rangé sa chambre. Elle ouvre la porte de la maison et trouve sur le réfrigérateur un post-it jaune avec un mot écrit de la main de son père « Je suis ici » et une flèche indiquant la direction. Le jeu de piste continue jusqu'à la porte du grenier. Elle l'ouvre et découvre son père pendu... Dès le surlendemain Jeanne prend des feutres noirs afin de s'en recouvrir les ongles. Face à ce choc traumatique (Post Traumatic Syndrom Disorder) elle est prise en urgence en consultation pédopsychiatrique, avec un traitement en hypnothérapie, qui lui permettra de retrouver un comportement et une attitude qui lui était propre auparavant.

Nous pourrions alors travailler la culpabilité qu'elle portait en elle d'en avoir voulue à son père.

En fait, tout comme l'adulte, mais à un autre niveau l'enfant vit très mal un suicide.

Il porte en lui une culpabilité très lourde, un sentiment inconscient de responsabilité, issu de l'Œdipe.

Des signes d'agressivité retournés contre eux, l'automutilation (accrue lorsque l'enfant découvre le corps) sont à prendre en considération immédiatement.

Tout comme prendre conscience d'un éventuel déni émotionnel, par crainte de faire du mal au parent endeuillé.

L'anxiété, les troubles du comportement, des troubles obsessionnels, un sommeil altéré, une baisse d'estime de soi... sont également à surveiller par l'entourage, exprimant la souffrance d'un enfant.

Il est également crucial de rassurer l'enfant face à des angoisses qui le saisissent mais qu'il n'exprimera pas.

Aussi, à travers des échanges et des mots simples il faut lui dire que le parent survivant est bien portant.

Le parent peut également craindre des risques suicidaires futurs chez l'enfant et, inconsciemment, les induire. En effet, l'enfant va ressentir cette crainte, une façon différente qu'aura l'adulte ou le parent de l'observer, donnant ainsi crédit à l'idée que lui aussi serait « atteint du même mal ».

Il est donc souhaitable de désamorcer au plus tôt ce fantasme d'une répétition.

Les enfants vont bien quand les parents vont bien!

Les enfants ne peuvent, tout comme les adultes, comprendre ce qui pousse un individu au suicide.

Personne ne peut se représenter ce tsunami psychique.

En conclusion, la principale difficulté réside dans l'acceptation du fait que nos questions resteront à jamais sans réponse(s), que cette mort ne résulte pas d'une cause naturelle ni même accidentelle mais de la volonté du défunt.

Il ne s'agit donc pas seulement d'accepter la perte mais également la volonté qui l'a provoquée.

Pour résumer le travail de deuil lors d'un suicide, il nous faut :

Penser l'acte

- Malgré toutes les hypothèses et les raisons imaginables, personne ne pourra expliquer précisément, complètement ce qui a conduit à se donner la mort.
- Il subsistera toujours un mystère. Or, le doute permet toutes les affabulations et toutes les culpabilisations...
- L'être cher perdu par suicide possédait seul la réponse à nos questions

et

Panser l'acte

- le suicidé a géré sa vie et a agi avec sa personnalité, sa sensibilité et ses moyens
- son acte reste un acte personnel, intime
- nous n'avons pas de pouvoir de vie sur lui
- nous n'avons d'autre alternative que de cheminer vers l'acceptation de cette impuissance

Comment se redresser, tenir debout après un tel effondrement ?

Plus que de survie et de revie, il s'agit d'aller rechercher au fond de nous ce qui anime notre vie.

Afin d'y parvenir... il ne faut pas oublier...

Ne pas oublier celle/celui qu'on était avant.

Ne pas oublier l'événement qui fait que désormais tout sera différent.

Ne pas oublier que le rêve nous permet de penser et créer notre vie.

[1] Organisation Mondiale de la santé (2016)

[2] Cette mort programmée de nos cellules s'appelle l'apoptose.

[3] Nicolas Abraham et Maria Torok, *L'écorce et le noyau*, éd. Flammarion, 1996

[4] « *Le secret ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt, ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.* » (article L.1110-4, dernier alinéa du code de la santé publique).

Affrontare il lutto dopo un suicidio: un bilancio

Pascal Neveu

Probabilmente si parla troppo poco di suicidio, fatta eccezione per alcuni casi di alto profilo che, peraltro, portano nei giorni successivi a un fenomeno di contaminazione con lo stesso *modus operandi*.

Eppure la persona che attraversa un lutto in seguito a un suicidio ha bisogno di capire cosa è successo.

Solo un suicida su tre lascia un messaggio e, nel 50% dei casi, il messaggio non offre spiegazioni e, il tutto rimane ancora più dominato da incertezza e persino da senso di colpa.

Ricordiamo che il tasso di suicidi in Francia è il doppio rispetto all' Italia e al Regno Unito.

I tassi più alti si trovano in Lituania e Russia (1,5 volte più della Francia).

Veniamo ai numeri. In Francia:

- 11.000 suicidi all'anno, 1 suicidio ogni 50 minuti
- Questo dato rappresenta il 2% di tutti i circa 540.000 decessi annuali
- 220.000 tentativi di suicidio stimati all'anno
- Il 60% delle persone che hanno tentato il suicidio ci riprova (in più del 50% dei casi il secondo tentativo si verifica entro un anno dal primo).
- Ne consegue che circa 60.000 persone sono vittime di lutto, tra cui 5.400 bambini all'anno
- Il suicidio è la terza causa di morte prematura (9,7%).

Il suicidio colpisce 4 uomini per ogni donna (circa il 75%) e i tentativi di suicidio 3 donne per ogni uomo (circa il 65%).

La tabella seguente riassume le modalità di suicidio utilizzate dagli uomini e dalle donne:

Uomini

Impiccagione (52 %)

Arma da fuoco (25 %)

Annegamento (5 %)

Salto nel vuoto (4 %)

solo 1 suicidio su 3 lascia un messaggio *nel 50% dei casi il messaggio non fornisce alcuna spiegazione*

Donne

Avvelenamento da medicinali (30 %)

Impiccagione (27 %)

Annegamento (17 %)

Salto nel vuoto (7 %)

Quali sono le età interessate?

Le persone tra i 44 e i 54 anni sono le più colpite da eventi di suicidio, con oltre il 22% degli eventi, seguite dalla fascia d'età 35-44 anni (quasi il 17% dei suicidi) e da quella tra i 55 e i 64 anni (quasi il 17% dei suicidi). Il 28% dei suicidi ha coinvolto persone di età superiore ai 65 anni.

Riguardo alle fasce d'età più giovani:

- Il 4,8% dei suicidi si colloca tra i 15 e i 24 anni,
- Il 9,4% dei suicidi riguarda le persone tra i 25 e i 34 anni.

Il suicidio è la principale causa di morte tra i 25 e i 34 anni: rappresenta il 20,6% dei decessi totali.

Il suicidio è la seconda causa di morte (dopo gli incidenti stradali) tra i 15 e i 24 anni (16,3% dei decessi totali).

Come possiamo spiegarlo?

A parte la presenza di disturbi psicopatologici (depressione melanconica, disturbi maniaco-depressivi, schizofrenia di tipo paranoide con disturbi deliranti, ecc.), che aumentano notevolmente il rischio di suicidio, gli indicatori psico-sociologici consentono di comprendere meglio lo stato emotivo e di disperazione a causa del quale si giunge al suicidio.

Se ci fosse una definizione di suicidio, forse potremmo usare questa: *“Ci suicidiamo perché a volte è più difficile vivere che morire; vi è un immenso disagio interiore che può essere sopito solo togliendosi da un ambiente che è diventato insopportabile.”*

I tormenti legati ai cambiamenti del corpo, all'accettazione di sé, alle prime delusioni amorose, agli insuccessi scolastici difficili da accettare, a possibili conflitti familiari: tutto questo rende gli adolescenti vulnerabili.

È anche importante sapere che l'omosessualità è la principale causa di suicidio tra i 15-25 anni.

Indubbiamente più impulsivi, meno attrezzati per affrontare le prove della vita, e soprattutto più narcisisticamente fragili, gli adolescenti molto spesso si sentono sopraffatti.

L'adolescenza è un grande periodo di depressione. I ragazzi e le ragazze si trovano ad affrontare il lutto dell'infanzia, il bisogno di separarsi dai genitori, che tuttavia rimangono essenziali per loro, e le scelte scolastiche che guideranno la loro vita.

Non sufficientemente attrezzati per ciò che segna il loro ingresso nella futura età adulta, desiderosi di comportarsi “da grandi”, non sempre sono in grado di comunicare le proprie emozioni e il proprio disagio.

Basta un solo evento per ripiegarsi su se stessi di fronte a domande esistenziali insopportabili. Si vedono senza via d'uscita e allora appare inevitabile il passaggio all'agito.

Per quanto riguarda gli adulti, i più giovani (35-44 anni) raccolgono i primi frutti dei loro impegni e delle rappresentazioni di sé: amore, lavoro.

È il momento di fare un bilancio, soprattutto intorno ai 40. Cosa si può dire della loro realizzazione e dei loro successi, nella forma dell'ideale su cui avevano fantasticato sin dalla loro adolescenza, e rispetto all'immagine parentale e alle pressioni dei genitori?

Un divorzio, un insuccesso professionale li destabilizza profondamente.

Sanno che stanno per entrare in una fascia di età ancora più difficile in termini di giudizio sul successo da parte della società.

Anche il confronto con i loro amici è un fattore determinante.

Vedremo di seguito quali sono i fattori che aggravano il rischio di passaggio all'agito.

Per quanto riguarda i 44-54enni, ad accentuare lo stato depressivo sono purtroppo soprattutto le conseguenze di fallimenti non superati e di errori a cui non si è posto rimedio. La disoccupazione che li colpisce, con la conseguente ferita narcisistica molto difficile da affrontare (ne parlerò in una parte successiva) non dà loro più

alcuna speranza.

Ultima grande categoria, gli anziani.

La malattia, l'isolamento, la precarietà, la morte del coniuge, l'illusione effimera di un fine vita pensato senza sofferenza e senza dipendenza, li conduce a questa unica soluzione, spesso comunque contenti di ciò che hanno vissuto.

Anche la questione del sostegno di fine vita, l'eutanasia e il suicidio assistito (autorizzato in Svizzera, Paesi Bassi, Stati Uniti negli stati di Oregon, Washington e Montana, attualmente in discussione in Gran Bretagna.) sono al centro di questa riflessione.

Cos'è la vecchiaia?

Sappiamo tutti che un giorno moriremo. Questa morte è scritta nei nostri geni. Ogni giorno le cellule nel nostro corpo muoiono.^[1] Ma per vivere non possiamo far altro che negarlo.

Man mano che un bambino cresce, una persona anziana invecchia.

La depressione mette con forza gli anziani di fronte a un'immagine di sé appassita e sbiadita.

La donna anziana non può più partorire.

Il corpo maschile non è più così robusto e forte.

Invecchiare porta alla privazione e alla frustrazione.

Solo la trasmissione ai nipoti, ai giovani o altro riattiva un po' di autostima, un narcisismo buono.

Ma di fronte a questa rassegnazione, a una morte che si avvicina e alla necessità di affrontare complicità relative alla salute, le persone anziane spesso considerano il suicidio come un lieto fine.

Comunque, in generale, il suicidio rimane fortemente correlato a vari fattori di rischio:

- un disturbo mentale
- un precedente tentativo di suicidio
- perdita del lavoro o crisi finanziaria
- alcune gravi malattie fisiche
- una storia di trauma o abuso
- allentamento dei legami familiari e sociali
- mancanza di supporto sociale e sensazione di isolamento
- disturbi da abuso di alcol e altre sostanze

- una storia familiare di suicidio
- esposizione ad altri suicidi nella propria cerchia
- limitazioni nell'accesso all'assistenza sanitaria
- pressione professionale
- facile accesso a mezzi letali

In ogni caso, i motivi di salute rappresentano circa il 75% delle cause di suicidio, seguiti subito dopo dalle difficoltà finanziarie (40%). Poi vengono i problemi familiari (20%), i rapporti di lavoro (12%) e i problemi nella relazione di coppia (10%).

È importante ricordare che la prevedibilità dell'atto suicida è tuttavia molto incerta e che è impossibile stabilire un ritratto accurato del soggetto suicida.

I processi psichici messi in atto di fronte al suicidio sono gli stessi del lutto "tradizionale", eccetto per due piccole osservazioni: inizialmente si rafforza la colpa, mentre in seguito si avvierà un doppio lutto: quello del defunto che si aggiunge a quello di non sapere cosa sia successo nella testa del suicida.

Il primo istinto di una persona in lutto è cercare messaggi diretti o indiretti che non avrebbero saputo interpretare.

Messaggi diretti

- "Voglio farla finita"
- "È troppo difficile, non ce la faccio più"
- "La vita non vale più la pena"
- "Non ne uscirò mai"
- "Vorrei addormentarmi per sempre..."
- "Staresti meglio senza di me"
- "La mia vita è inutile"

Messaggi indiretti

- "Ho fatto testamento"
- "Farò un lungo viaggio"
- "Metterò in ordine i miei affari..."

Per coloro che ritengono che chi ne parla poi non passi mai all'atto, ecco un dato reale: circa il 75% delle

persone che si suicidano avevano in qualche modo annunciato le loro intenzioni in precedenza.

Così come il fatto di pensare che siano scene da film o che il suicidio sia una malattia...

I tentativi di suicidio non sono mai banali. Sono appelli che rischiano di essere espressi in modo sempre più violento. Il suicidio è soprattutto male di vivere; non è ereditario, ma un suicidio in famiglia può influenzare i suoi membri per diverse generazioni.

Inoltre, il miglioramento a seguito di un tentativo di suicidio non significa che il rischio sia passato: la maggior parte delle recidive si verifica nei mesi successivi.

Non necessariamente una persona suicida appare come depressa.

Il suicidio riguarda tutti gli strati della popolazione, indipendentemente dal livello socio-economico o dalla situazione familiare.

Parlare di suicidio incoraggia la persona che soffre a sentirsi riconosciuta e facilita la richiesta di aiuto e supporto esterno da parte di terapeuti.

Come spiegare il suicidio?

Tutti noi portiamo dentro di noi una "normale" pulsione, che è il desiderio di uccidere.

Essa è un impulso animale, principalmente di autodifesa, finalizzato alla sopravvivenza, all'autoconservazione.

Allo stesso modo esiste il desiderio di essere uccisi.

È il caso del kamikaze che per questioni ideologiche, religiose, politiche pensa alla sua vita da martire.

Al contrario, la pulsione "anormale" è il desiderio di morire.

Intendo escludere dalla seguente riflessione il caso, per esempio, di un paziente vittima di una violenza sessuale traumatica che desidera suicidarsi, o di un paziente maniaco-depressivo che per anni ha ricattato la moglie con il suicidio. Un inferno per questa donna, che decide comunque di andare in vacanza per una settimana con la figlia. Il marito la avverte: se lei se ne va, lui si uccide. Due giorni dopo la partenza, la gendarmeria la contatta presso il luogo della vacanza per informarla della morte del marito nell'incendio appiccato alla loro casa.

Sono stato in grado di elaborare due cause ipotetiche principali che portano all'acting out i pazienti suicidi (non affetti da un disturbo psichiatrico, ma rientranti nel campo nevrotico):

Nel primo caso, l'identificazione come oggetto morto.

In un secondo caso, l'ideale dell'Io disturbato.

Marie mi è stata segnalata dai suoi genitori, molto preoccupati. Ha 18 anni ed è uscita dall'ospedale in seguito a un tentativo di suicidio. Questo è il secondo in due anni, avvenuti più o meno nello stesso periodo, pochi giorni prima del suo compleanno. Mi spiega che da anni è in conflitto con i suoi genitori. La notte prima del tentativo telefona a suo padre per parlargli. È tardi e lui non si dilunga nella conversazione perché vuole

coricarsi. Marie ingoia dei farmaci. Poche settimane dopo, incontrando i suoi genitori, chiedo loro se hanno collegato le date in cui sono avvenuti i tentativi di suicidio e quella del compleanno della figlia. Apprendo che un'altra bambina è nata prima di Marie, un evento di cui non ero a conoscenza. Una sera la bambina nata da pochi mesi piange. La madre esausta chiede al marito di andare vedere, ma lui non lo fa. Il giorno successivo la bambina viene ritrovata morta (sindrome della morte improvvisa del lattante). Questo avviene due-tre giorni prima delle date relative ai tentativi di suicidio di Marie. La coppia decide di avere un nuovo figlio e di dare alla bambina come secondo nome quello della sorella defunta.

Ho consigliato ai genitori di portare Marie sulla tomba della bambina dopo averle raccontato l'intera storia, in particolare soffermandosi su quel nome che le è stato assegnato. I conflitti genitori-figlia ovviamente sono scomparsi da allora in poi. Perché nonostante tutto, Marie, identificandosi con sua sorella, stava solo ripetendo quella parte della storia familiare di cui non era a conoscenza.

Ho spesso scoperto quanto sia importante cercare una persona morta nella genealogia del paziente. Molto spesso una morte nascosta, un segreto di famiglia, non necessariamente volontario.

È la teoria della crittografia^[2], che ha dato vita alla psico-genealogia. A volte anni dopo, o anche generazioni dopo, una storia merita di essere rivelata.

Il suicidio è senza dubbio uno degli elementi.

L'atto del suicidio, infatti, è condannato da tutte le religioni, poiché va contro la sovranità divina.

Con un'eccezione: quando si tratta di salvare una vita in caso di resistenza o di un regime oppressivo.

È solo dal 1983, di fronte al riconoscimento degli stati depressivi, che la Chiesa Cattolica ha riconosciuto ai suicidi la possibilità di beneficiare dei funerali religiosi.

Inoltre, molte famiglie si vergognano di annunciare un suicidio nella loro cerchia.

Nel 44% dei casi le famiglie preferiscono nascondere la causa della morte, cosa permessa dalla legge, in nome del segreto medico e del rispetto della vita privata.

La seconda ipotesi riguarda l'ideale dell'Io.

Per definirlo bisogna ricordare che il bambino vive in un legame di dipendenza con i genitori e in un ambiente carico di codici e valori relativi sia al buon vivere insieme sia alle regole familiari personalizzate, come l'educazione.

Per mantenere l'amore dei suoi genitori e poiché i suoi genitori proiettano su di lui l'aspettativa di un figlio perfetto, egli dovrà riconciliare il proprio Io con le componenti dell'Ideale. Assimila quindi valori morali, uno stile di vita, delle virtù a volte molto pesanti.

Benoît, 31 anni, è al suo dodicesimo tentativo di suicidio. Ha iniziato giovanissimo e ha già visto diversi terapeuti. La sua storia è semplice: un contesto familiare abbastanza benestante, genitori che hanno avuto una carriera professionale notevole. Suo fratello maggiore ha superato un concorso prestigioso. Il desiderio è che riesca a frequentare una delle migliori scuole di business. Ma Benoît fin dall'infanzia sogna di diventare un attore. L'annuncio viene accolto molto male dai genitori, che predicano per lui una vita di miseria, senza soldi,

senza amore, che si concluderà sotto i ponti.

Di fatto, a 14 anni, Benoît va in coma etilico per la prima volta, si intrattiene solo con giovani spiantate, fa uso di droghe e ripete instancabilmente i suoi tentativi, tanto che i suoi genitori non ne sono più preoccupati.

I genitori lo hanno iscritto con la forza alla Facoltà di Legge. Dopo oltre quattro anni non riesce a scrivere la sua tesi. Per lui, questo significherebbe riflettere l'ideale dell'Io sostenuto dai suoi genitori. Si rifiuta di farlo.

Grazie ai nostri incontri, Benoît riacquisterà possesso del suo Io, della sua tesi e del suo futuro, una volta che avrà saputo trovare un ponte tra i suoi studi di legge e il cinema.

La sofferenza di Benoît era una sofferenza identitaria. Preferiva uccidere quello che pensava fosse posseduto dai suoi genitori. L'esigenza a danno del proprio Io profondo non gli ha lasciato spazio per la vita personale.

In queste due ipotesi di lavoro riguardo al suicidio, è insita una riflessione sul nostro Io.

Torneremo su questo punto nell'ultima parte.

È proprio questo Io che dobbiamo arricchire con le nostre voglie, con i nostri desideri.

La guarigione psichica del lutto è particolare, ma non è unica.

I suicidi sono tra i lutti più difficili (come gli incidenti), la particolarità è che la morte e il lutto sono causati dalla persona scomparsa.

Come comprendere un agito quando sappiamo che la maggior parte dei suicidi vengono commessi da pazienti depressi o psichiatrici?

Questo lutto accresce l'isolamento, il ritiro in sé, i segreti di famiglia.

Il senso di colpa ("Cosa ho fatto?", "Cosa non ho fatto?", "Avrei dovuto ...", "Ho visto il suo disagio e non ho fatto nulla ...", "Mi dispiace...", "Perché?") e la vergogna sono due fattori che disturbano notevolmente il lutto.

Il rimpianto di non aver ricevuto una parola di addio, che sarebbe servita per capire.

Ma anche coloro che hanno avuto questa "fortuna" cercano una spiegazione.

Le domande torturano instancabilmente la mente e generano risposte un giorno accolte, il giorno successivo rifiutate.

La maggior parte delle parole lasciate sono dei pesi colpevolizzanti per i propri cari oppure incriminanti verso uno "sconosciuto" che amplifica lo stato depressivo di chi ha subito il lutto.

Il lutto deve convivere con domande senza risposta.

Vorrei parlare delle difficoltà incontrate nei bambini.

Jeanne, 6 anni, è tornata a casa da scuola. Sa che papà sta facendo dei lavori in casa. La sera prima lo aveva

odiato profondamente: l'aveva punita per non aver riordinato la sua stanza. Apre la porta della casa e trova sul frigorifero un post-it giallo con una frase scritta a mano da suo padre: "Sono qui" e una freccia che indica la direzione. La caccia al tesoro continua fino alla porta della soffitta. Quando Jeanne la apre scopre il padre impiccato. Due giorni dopo, Jeanne prende dei pennarelli neri per dipingersi le unghie. Di fronte a questo shock traumatico (Disturbo da Stress Post-traumatico), viene portata d'urgenza presso un consulto psichiatrico infantile, viene avviato un trattamento ipno-terapeutico, che le permetterà di riacquistare i suoi precedenti comportamenti e atteggiamenti.

Quindi possiamo lavorare sul senso di colpa che si portava dentro per essersela presa con suo padre.

In effetti, proprio come gli adulti, ma su un altro livello, il bambino vive molto male il suicidio. Porta con sé un senso di colpa molto pesante, un senso inconscio di responsabilità, proveniente dall'Edipo.

I segni di auto-aggressività, l'autolesionismo (che aumenta quando il bambino scopre il corpo) dovrebbero essere presi in considerazione immediatamente. Così come è importante prendere coscienza di una possibile negazione emotiva, attivata per paura di nuocere al genitore in lutto.

Ansia, disturbi comportamentali, disturbi ossessivi, disturbi del sonno, bassa autostima... anche questi segnali devono essere monitorati dagli adulti, poiché sono espressione della sofferenza del bambino.

Fondamentale è anche assicurare il bambino di fronte alle ansie che lo prendono ma che non riuscirà a esprimere.

Inoltre, attraverso scambi e parole semplici, dobbiamo fargli capire che il genitore sopravvissuto gode di buona salute.

Il genitore può anche temere un futuro rischio di suicidio nel bambino e, inconsciamente, può indurlo. Il bambino, infatti, risentirà di questa paura, di quel diverso sguardo del genitore su di lui e darà così credito all'idea che anche lui sarebbe "affetto dalla stessa malattia".

È quindi auspicabile disinnescare questa fantasia di ripetizione il prima possibile.

I bambini stanno bene quando i genitori stanno bene!

I bambini, così come gli adulti, non riescono a capire che cosa spinga una persona a suicidarsi.

Nessuno può immaginare questo tsunami psichico.

In conclusione, la principale difficoltà sta nell'accettare che le nostre domande rimarranno senza risposta per sempre, che questa morte non sia l'esito di una causa naturale o addirittura accidentale ma della volontà del defunto.

Quindi non si tratta soltanto di accettare la perdita, ma anche di fare i conti con la volontà che l'ha provocata.

Per riassumere il processo di lutto durante un suicidio, abbiamo bisogno di:

Pensare all'atto

- Nonostante tutte le ipotesi e le ragioni immaginabili, nessuno sarà in grado di spiegare con precisione la causa del suicidio.
- Rimarrà sempre un mistero. Tuttavia, il dubbio consente di costruire fantasie e sensi di colpa.
- Solo la persona amata che ha commesso il suicidio possedeva le risposte alle nostre domande.

e

Curare l'atto

- il suicida ha gestito la sua vita e agito con la sua personalità, la sua sensibilità e i suoi mezzi.
- Il suo resta un atto resta personale, intimo.
- Non avevamo potere di vita su di lui.
- Non abbiamo altra alternativa che camminare verso l'accettazione di questa impotenza.

Come riprendersi e rialzarsi dopo un simile crollo?

Più che sopravvivere, si tratta di andare a cercare nel profondo di noi stessi ciò che anima la nostra vita.

Per raggiungere questo obiettivo non dobbiamo dimenticare...

Non dimenticare la persona com'era prima.

Non dimenticare che in seguito all'evento tutto sarà diverso.

Non dimenticare che il sogno ci permette di pensare e creare la nostra vita.

^[1] La morte programmata delle nostre cellule si chiama apoptosi

^[2] Nicolas Abraham e Maria Torok, La scorza e il nocciolo, ed. Borla 1993

Mourning after a suicide, inventory

Pascal Neveu

There is probably too little talk about suicide, except for a few high-profile cases which, moreover, lead to a phenomenon of contamination with the same modus operandi in the days that follow.

Yet the person bereaved by suicide needs to understand what happened.

Because only one in three suicides leaves a message, and in 50% of cases, the message provides no explanation. On the contrary, the word remains even more confusing and even guilty.

As a reminder, the suicide rate is twice as high as in Italy and the United Kingdom.

The highest rates being Lithuania and Russia (1.5 times more than France)

Some figures, in France:

- 11,000 suicides per year, or 1 suicide every 50 minutes
- which represents 2% of all 540,000 annual deaths
- including 220,000 estimated suicide attempts per year
- and 60% of people who have attempted suicide repeat their act (in more than 50% of cases, the recurrence occurs within a year of the first attempt)
- this represents around 60,000 bereaved, including 5,400 children per year
- it is the 3rd cause of premature death (9.7%)

Suicide affects 4 men for 1 woman (about 75%), and suicide attempts 3 women for 1 man (about 65%)

The table below summarizes the modes of suicide used differently in men and women:

Men

Hanging (52 %)

Gun (25 %)

Drowning (5 %)

Jump into the void (4 %)

only 1 in 3 suicide leaves a message *in 50% of cases the message does not give any explanation*

Women

Poisoning drugs (30 %)

Hanging (27 %)

Drowning (17 %)

Jump into the void (7 %)

What are the ages concerned?

The 44-54 year olds are the most affected by suicide, with more than 22% of suicides, followed by the 35-44 year olds (almost 17% of suicides) and the 55-64 year olds (almost 17% of suicides) . 28% of suicides involved

people over 65.

For young people:

. 4.8% of suicides concern the 15-24 year old age group,

. 9.4% of suicides are in the 25-34 age group.

Suicide is the leading cause of death among 25-34 year olds, accounting for 20.6% of total deaths.

Suicide is the second leading cause of death (after traffic accidents) among 15-24 year olds (16.3% of total deaths).

How to explain it?

Apart from any psychopathological disorder (melancholic depression, manic depression, paranoid-type schizophrenia with delusional disorders, etc.) which considerably increases the risk of suicide, psychosociological indicators make it possible to better understand the emotional state and of despair in which is found the suicide.

If there was a definition to give to suicide, perhaps we could use this one: "We commit suicide because it is sometimes more difficult to live than to die, because of an immense internal distress. finds its way out of an environment that has become unbearable. "

The torments linked to changes in the body, to self-acceptance, to the first heartbreaks in love, to school failures difficult to accept, to possible family conflicts ... make adolescents vulnerable.

It is also important to know that homosexuality is the leading cause of suicide among 15-25 year olds.

Undoubtedly more impulsive, less equipped to face the trials of life, and above all more narcissistically fragile, adolescents very often feel overwhelmed.

Adolescence is a great time of depression. They have to face the bereavement of childhood, their need to separate from their parents, who nevertheless remain essential to them, and study choices that will guide their lives.

Not sufficiently equipped for what marks their entry into future adulthood, eager to behave "like grown-ups", they do not always communicate their emotions and their distress.

It only takes one event for them to fall back on themselves in the face of unbearable existential questions. They therefore see themselves with no way out, and it is only inevitable that they will take action.

Concerning adults, the youngest (35-44 years) reap the first fruits of their images: love, work.

Now is the time to take stock, especially around 40. What about their realization, their accomplishment and their success, in a form of ideal that they had fantasized about since their adolescence, and in the face of parental image, even parental pressure?

A divorce, a professional non-success destabilizes them deeply.

They know they will be entering an even tougher age group in terms of society's judgment of success.

Comparison with their friends is also a determining factor.

We will see below what are the risk factors that worsen taking action.

Regarding 44-54 year olds, it is unfortunately mainly the consequences of unsuccessful, uncorrected failures that accentuate the depressive state. The unemployment that affects them, with the narcissistic attack very trying (I will speak about it in a next part) no longer gives them any hope.

Last major category, the elderly.

Illness, isolation, precariousness, the death of a spouse, an end of life thought out without suffering, without dependence ... ephemeral illusion ... leads them to this one solution, often happy with their life.

The issue of end-of-life support, euthanasia and assisted suicide (authorized in Switzerland, the Netherlands, the USA in the states of Oregon, Washington, and Montana currently under debate in Great Britain. Brittany) are also at the heart of this reflection.

What is old age?

We all know we are going to die someday. This death is instilled in our genes. Every day cells die in our body.

But we have no other option but to deny it in order to live.

As a child grows up, an elderly person grows older.

Depression threatens the elderly in the face of a withering, fading self-image.

The elderly woman can no longer give birth.

A man's body is no longer so robust and strong.

Growing old leads to deprivation and frustration.

Only transmission to grandchildren, to youth, or whatever ... reactivates a little self-esteem, good narcissism.

But, in the face of this resignation to an approaching end and facing health complications, older people often consider suicide in order to experience a happy ending.

However, in general, suicide remains strongly correlated with various risk factors:

- a mental disorder
- a previous suicide attempt
- loss of work or financial loss
- some major physical illnesses

- a history of trauma or abuse
- loosening of family and social ties
- a lack of social support and a feeling of isolation
- alcohol and other substance abuse disorders
- a family history of suicide
- exposure to other suicides in the entourage
- barriers to accessing health care
- professional pressure
- easy access to lethal means

Regardless, health reasons do not represent far from 75% of acting out, followed just after financial difficulties (40%). Then come family problems (20%), relationships at work (12%) and couple problems (10%).

It is important to remember that the predictability of the suicide act is however very uncertain and that it is impossible to establish an accurate portrait of the suicidal subject.

The psychic processes implemented in the face of suicide are the same as for “traditional” mourning, with two points. First the guilt is reinforced, and then it will be a double mourning: that of the deceased added to that of not knowing what happened in the head of the suicide.

The first instinct of a bereaved person is to look for direct or indirect messages that they could not have interpreted.

Direct messages

- “I want to end this”
- “It’s too hard, I can’t take it anymore”
- “Life is not worth it anymore”
- “I’ll never get out of this”
- “I would like to fall asleep forever ...”
- “You would be better off without me”
- “My life is useless”

Indirect messages

- “I made my will”
- “I’m going to take a long trip”
- “I will put my affairs in order ...”

For those who think that the person talking about it is not taking action, it is a reality: about 75% of those who die by suicide had announced it.

Just like thinking that “this is cinema” or that suicide is an illness ...

Any suicide attempt is never trivial. It is a call that may later be expressed in a more violent way. Suicide is above all an evil of living. Suicide is not hereditary. But a suicide in a family can influence the members of that family over several generations.

Moreover, the improvement following a suicide attempt does not mean that the risk has passed: The majority of recurrences occur in the months that follow.

A suicidal person does not necessarily appear to be depressed.

Suicide concerns all layers of the population regardless of socio-economic level or family situation.

Talking about suicide encourages the person in pain to feel recognized, and facilitates a request for help and external support from therapists.

How to explain suicide?

We all carry a “normal” drive deep within us, which is the desire to kill.

It is an animal drive, mainly for self-defense, for survival, for self-preservation.

At the same the desire to be killed there

This is the case of the suicide bomber who for ideological, religious, political think his life as a martyr.

But the drive “abnormal”, the desire to die.

I hear exclude reflection that follows the example case of a patient victim of a traumatic sexual assault who wants to commit suicide, or a patient manic depressive who for years blackmailed his wife to suicide. Hell for that woman who nevertheless decides to go one week vacation with his daughter. He however warned: if she leaves he committed suicide. Two days after his departure, the police calls on his vacation to teach her the death of her husband in the fire of the house.

There are two major assumptions that I could find in suicidal patients (not suffering from psychiatric disorder, but under the neurotic field) and leading to acting out.

In a first case identified in a dead object.

In a second case one of Ideal disturbed me.

Married is addressed by his very worried parents. She is 18 years old and out of a hospital following a suicide attempt. This is his second in two years, the same period, a few days before his birthday. She explains that it is in conflict with his parents for years. The night of the attempt she calls her father to talk to him. It's late ; it shortens the conversation to sleep. Marie swallows drugs. A few weeks later, meeting his parents, I ask them if they make a connection between these dates attempt and the anniversary of their daughter. Then I learn that another girl was born before Marie, event I was not aware. For one evening, the infant a few months old cry. The mother, exhausted, asked her husband to go to the small, it will not do. The next day found the little dead (sudden infant death). This is two-three days near the dates of Marie suicide attempts. The couple decided to have another child while giving him the middle name of his little sister. I advised the parents to take Mary to the tomb of the small after him the whole story, including the name attached. The parent-child conflicts have obviously disappeared thereafter. For through all this, Mary, for identification sister was just replay the piece of family history of which she was unaware.

Indeed, I have often found the need to look dead in the genealogy of the patient. Very often a hidden death, a family secret not necessarily voluntary.

This is the theory of encryptement, which has given birth to psycho. Sometimes in later years, even generations later a story deserves to be revealed.

No doubt he is a suicide components.

Indeed the act of suicide is condemned by all religions, going against God's sovereignty.

With one exception: when it comes to saving a life in the case of resistance or oppressive regime.

It is only since 1983, to the recognition of depression, the Catholic Church recognized the opportunity to receive religious funeral.

Also, many families are ashamed to report a suicide in their family.

In 44% of cases families prefer to hide the cause of death, what the law allows them, in the name of medical confidentiality and respect for privacy.

The second hypothesis concerns the ego ideal.

To define it, we must remember that the child lives dependent manner with his parents and in a filled environment codes, values falling as well live together as family rules such personalized education.

To keep the love of his parents, and because his parents are planning on him to be a perfect child, he will have to be reconciled with his own ego components of Ideal. So assimilates moral values, a lifestyle, sometimes very heavy virtues.

Benoît, 31, is on his twelfth suicide attempt. He started out young and has already seen a number of therapists. Its story is simple: a relatively well-off family background, parents who have had remarkable professional careers. His older brother passed a prestigious competition. We want him to go to one of the best business schools. But Benoît has wanted to become an actor since his childhood. The announcement to his parents was very badly received. He is predicted to have a life of misery, without money, without love, later living under bridges. In fact, at 14, Benoît experienced his first alcoholic coma, only met young lost women, he

took drugs and tirelessly repeated his attempts which no longer worried his parents. His parents forcibly enrolled him in law school. For over 4 years he has not given birth to his thesis. For him, that would be entering the ego ideal advocated by his parents. He refuses to do so. Thanks to our meetings, Benoît will regain possession of his ego, of his thesis and of his future, once he has been able to find a bridge between his law studies and cinema.

Benoît's suffering was an identity suffering. He preferred to kill the one he thought was possessed by his parents. Demanding to the detriment of his own deep self left him no space for personal life.

In these two working hypotheses around suicide, it is indeed a reflection on our ego.

We will come back to this in the last part.

It is this I that we must enrich with our own desires, our own desires.

The psychic healing of bereavement is special, but not unique.

Even though they are among the most difficult bereavements (such as accidents), the peculiarity is that the death and the bereavement are caused by the missing person.

How to understand an act when we know that the majority of suicides were mainly depressed or psychiatric patients. ?

This bereavement increases the isolation, the withdrawal into the self, the family secrets.

Guilt ("What did I do?", "What didn't I do?", "I should have...", "I saw his discomfort and I didn't do anything...", "I resent me...", "Why? "...) and shame are the factors that considerably disrupt mourning.

The regret that I didn't get a word of farewell... in order to understand.

But those who had this "luck" are just as looking for an explanation ...

Questions tirelessly torture the mind, with answers one day rejected the next day.

The majority of the words left are guilty weight for relatives or incriminating a "stranger" which amplifies the depressive state of the bereaved.

The bereaved must live with unanswered questions.

I would like to talk about the difficulties encountered in children.

Jeanne, 6, has come home from school. She knows that dad does things around the house. The day before she hated him deeply: he punished her because she had not tidied up her room. She opens the door to the house and finds on the refrigerator a yellow post-it with a handwritten word from her father "I am here" and an arrow indicating the direction. The treasure hunt continues up to the attic door. She opens it and discovers her hanged father ... Two days later, Jeanne takes black markers to cover her nails with them. Faced with this traumatic shock (Post Traumatic Syndrome Disorder), she is taken urgently in a child psychiatric consultation, with hypnotherapy treatment, which will allow her to regain a behavior and an attitude which was her own

before.

Then we can work on the guilt she carried in her for having resented her father.

In fact, just like adults, but on another level the child has a hard time committing suicide.

He carries with him a very heavy guilt, an unconscious feeling of responsibility, coming from Oedipus.

Signs of aggression turned on them, self-harm (increased when the child discovers the body) should be taken into consideration immediately.

So is becoming aware of a possible emotional denial, for fear of harming the bereaved parent.

Anxiety, behavioral disorders, obsessive disorders, impaired sleep, low self-esteem ... are also to be watched by those around them, expressing the suffering of a child.

It is also crucial to reassure the child in the face of anxieties that seize him but which he will not express.

Also, through exchanges and simple words, we must tell him that the surviving parent is in good health.

The parent may also fear future suicidal risks in the child and, unconsciously, induce them. Indeed, the child will feel this fear, a different way that the adult or the parent will have to observe it, thus giving credence to the idea that he too would be "affected by the same disease".

It is therefore desirable to defuse this fantasy of repetition as soon as possible.

Children are well when parents are well!

Children and adults cannot understand what prompts a person to commit suicide.

No one can imagine this psychic tsunami.

In conclusion, the main difficulty lies in accepting that our questions will remain unanswered forever, that this death is not the result of a natural or even accidental cause but of the will of the deceased.

So it's not just about accepting the loss, but also the will that brought it about.

To sum up the grieving process during a suicide, we need:

Thinking the act

- Despite all the hypotheses and the reasons imaginable, no one will be able to explain precisely, completely what led to suicide.
- There will always remain a mystery. However, doubt allows all the fabrications and all the guilt ...
- The loved one lost by suicide alone had the answer to our questions

and

Dressing the act

- the suicide has managed his life and acted with his personality, his sensitivity and his means
- his act remains a personal, intimate act
- we had no power of life over him
- we have no other alternative than to walk towards accepting this helplessness

How to straighten up, stand up after such a collapse?

More than survival and life, it is about going and looking deep within ourselves for what animates our life.

In order to achieve this ... we must not forget ...

Don't forget who we were before.

Do not forget the event that from now on everything will be different.

Do not forget that the dream allows us to think and create our life.