

Dépression et suicide

A. Descloux

Du Centre psycho-social, 1, rue des Pilettes, Fribourg

Article soumis le 2 octobre 1970

Résumé

Partant de la classification de Selbach-Kielholz l'auteur met en évidence la fréquence augmentée des syndromes dépressifs à l'âge involutif. Il décrit la structure caractéristique prémorbide des sujets prédisposés à la dépression involutive et insiste sur les mécanismes contre-dépressifs habituels. Il attire l'attention sur l'importance de l'investissement corporel comme facteur équilibrant.

Le problème du suicide est envisagé à partir de la personnalité suicidaire. Celle-ci a pour caractéristique une insuffisance de l'élaboration mentale et de verbalisation du vécu émotionnel analogue à la structure du malade psycho-somatique. Un autre aspect typique paraît être le rapport entre le Moi et l'Idéal du Moi. Des mesures préventives sont indiquées en fonction des théories développées.

Dans l'idée générale que l'on se fait du thème qui m'a été proposé, la dépression et le suicide s'associent tout naturellement. Aussi est-il nécessaire d'analyser ces deux phénomènes avant de conclure aux mesures préventives.

Le problème de la dépression

Le schéma désormais classique de *Selbach-Kielholz* place sur une parabole se rapportant aux coordonnées de la somatogénie et de la psychogénie les syndromes dépressifs de la façon suivante:

Dépressions organiques (sénile, artériosclérotique, posttraumatique, épileptique, oligophrène, etc.), symptomatiques (postinfectieuse, hémodynamique, endocrine, toxique, etc.), dépressions d'involution, dépressions sur schizophrénie, dépressions de la psychose maniaco-dépressive (dépression endogène), dépressions névrotiques, dépressions d'épuisement, dépressions réactionnelles (ces trois dernières représentant les dépressions dites psychogènes).

Lorsqu'on examine les courbes de fréquence des états dépressifs en rapport avec l'âge (en prenant par exemple celle de *Matussek*

et coll.) qui inclut toutes les formes de la dépression, on est frappé par l'ascension rapide des chiffres dès la décennie de 30 à 40 ans, représentant un point culminant pour la femme, et dès la décennie de 40 à 50 ans pour les hommes.

Il semble que l'aspect caractéristique de ces courbes soit dû au moins à deux ou trois facteurs:

a) L'âge de la première apparition de la psychose maniaco-dépressive, plus tardif que pour la schizophrénie, se situe entre 30 et 50 ans (la phase dépressive n'apparaissant que rarement avant 30 ans). L'âge moyen calculé par *Ayd jr.* (par enquête) sur un matériel de 500 maniaques-dépressifs est de 40,3 ans pour l'ensemble des malades, respectivement 41,6 ans pour les hommes et 38,2 ans pour les femmes. Cliniquement, dit ce même auteur, l'âge du premier examen se situe dans la plupart des cas, chez la femme entre 30 et 40 ans, chez l'homme entre 40 et 50 ans.

Kielholz fait à ce sujet des restrictions en admettant que les premières poussées de la psychose maniaco-dépressive ne seraient pas diagnostiquées et mises sur le compte de la puberté avec ses manifestations fréquentes d'apathie, d'inhibition de la volonté, de désenchantement n'arrivant donc pas à l'hospitalisation. Quelque vraisemblable que soit cette observation, ce qui importe me paraît être la remarque de l'auteur sur le lien existant entre un épisode endocrinien (1^{re} grossesse, accouchement, lactation, ménopause, auxquels épisodes correspondent des phases critiques analogues chez l'homme) et l'éclosion de la maladie.

b) On pourrait qualifier le deuxième facteur tendant à expliquer la courbe caractéristique de la fréquence des phénomènes dépressifs par rapport à l'âge, *d'irruption de la dépression involutive* dans le groupe des phénomènes dépressifs. C'est encore la femme qui impose à la courbe sa ligne ascensionnelle rapide avec un sommet à l'âge de 50 à 55

ans, alors que celle des hommes s'élève plus placidement vers un sommet se situant entre 60 et 65 ans.

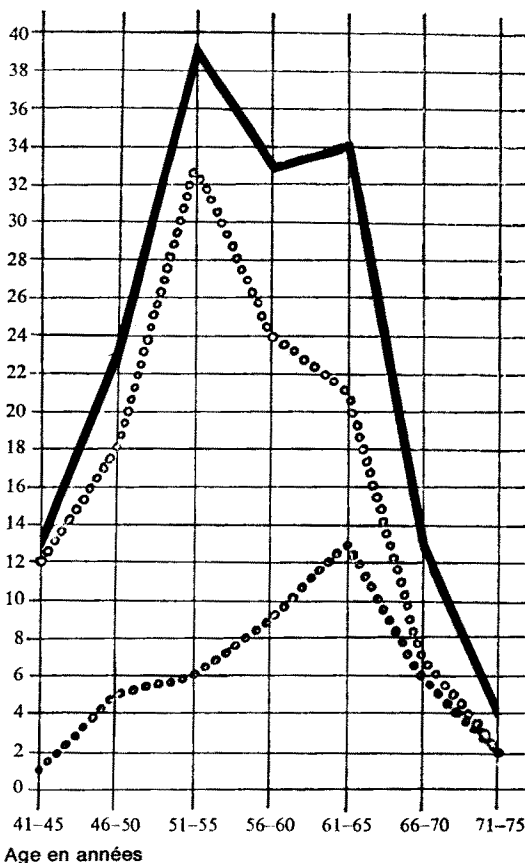
Pour beaucoup d'auteurs la dépression involutive n'appartiendrait qu'au groupe des dépressions endogènes monophasiques, survenant avec une fréquence particulière au

moment de l'âge que l'on dit critique. Pourtant, il semble d'après *Kielholz* qui, lui défend l'entité clinique de la dépression involutive que ce sont des sujets particulièrement exposés, en général, de par leur *structure caractérielle prémorbide*. Ce sont des individus peu démonstratifs, taciturnes, se dominant bien, consciencieux, actifs et égo-centriques, peu enclins à extérioriser leur sentiments. Leur susceptibilité caractérielle les prédestine à entrer facilement en conflit avec leur entourage. Il s'agit de gens qui, en raison de leur caractère, entretiennent avec leurs semblables des relations d'autant plus intenses qu'elles sont rares. Leur scrupulosité exagérée, leur isolement et leur introversion contrecarrent l'extériorisation de leurs sentiments affectifs et leur activité intellectuelle, ce qui peut provoquer une stase progressive de leurs affects d'aversion mais aussi les pousser à la *résignation* et à la *méfiance*. Ce processus est si semblable à celui de l'âge avancé lui-même, qu'on peut dire sans risque de se tromper que ce sont *les sujets prématurément vieillis* qui ont la plus forte tendance aux dépressions involutives.

Quant au déclenchement de la dépression involutive chez ces êtres isolés et prématurément vieillis, il s'expliquerait par le fait que la plupart des événements marquant le dernier tiers de la vie humaine ont un caractère déprimant: c'est l'époque des pertes et des séparations. Le cercle des relations humaines se rétrécit par la disparition du conjoint, de contemporains et d'amis. Les ressources matérielles et affectives, l'autorité et la considération s'amenuisent par suite de la mise à la retraite et la diminution progressive de la capacité de «rendement». A la prise de conscience douloureuse d'un affaiblissement des facultés intellectuelles et physiques, à l'idée débilante d'avoir plus ou moins «manqué sa vie» viennent se greffer des ressentiments contre certaines personnes ou

Fréquence des dépressions d'involution en fonction de l'âge.

Nombre de malades



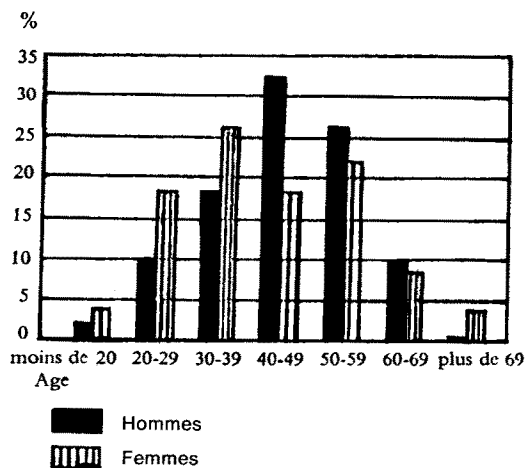
○ ○ ○ ○ Malades du sexe féminin
 ● ● ● ● Malades du sexe masculin
 — Nombre total de malades

contre la société. La reconnaissance et les remerciements attendus pour des années de travail consciencieux, un sentiment général d'éviction, l'approche de la mort et l'affaiblissement de la puissance physique et sexuelle sont d'autres facteurs de résignation . . . Les femmes, en particulier, ressentent une impression déprimante de vide au moment du départ des enfants. Un déménagement dans un autre quartier ou dans un appartement plus petit, autrement dit un déracinement, contribue à les décourager. A ces déchirements viennent s'ajouter des conflits de conscience provoqués par le souvenir de certains manquements, relatifs à une morale fortement intériorisée, passés jadis inaperçus, certaines erreurs d'ordre professionnel ou religieux qui, en émergeant, alimentent à l'âge involutif les auto-accusations, les sentiments de culpabilité et le désir d'expiration.

La tranche de vie répondant à ce qu'on appelle le climatère est donc l'âge dépressif «par excellence». Par la suite les états dépressifs se modifient aussi bien en ce qui concerne la fréquence des accès, leur durée et leur image clinique (agitation anxieuse). Plus l'âge avance, moins on observe de troubles idéiques (culpabilité, idées dépressives et suicidaires, etc.) et plus de troubles dépressifs proches du vécu corporel. Le conflit psychique serait ainsi peu à peu repoussé vers la sphère somatique.

Cette remarque rapportée par *Ciampi* et *Lai* dans leur étude catamnétique sur le devenir des dépressifs dans l'âge avancé me paraît digne d'être soulignée car il s'agit d'un phénomène du vieillissement psychologique qui commence longtemps avant sa manifestation clinique. La «prise de conscience», si l'on peut dire, du vieillissement se fait insidieusement, progressivement sans que le sujet se rende compte au départ de la signification affective plus profonde des modifications qui s'opèrent en lui. J'en veux pour

Distribution des phases dépressives en fonction de l'âge chez les hommes et les femmes.



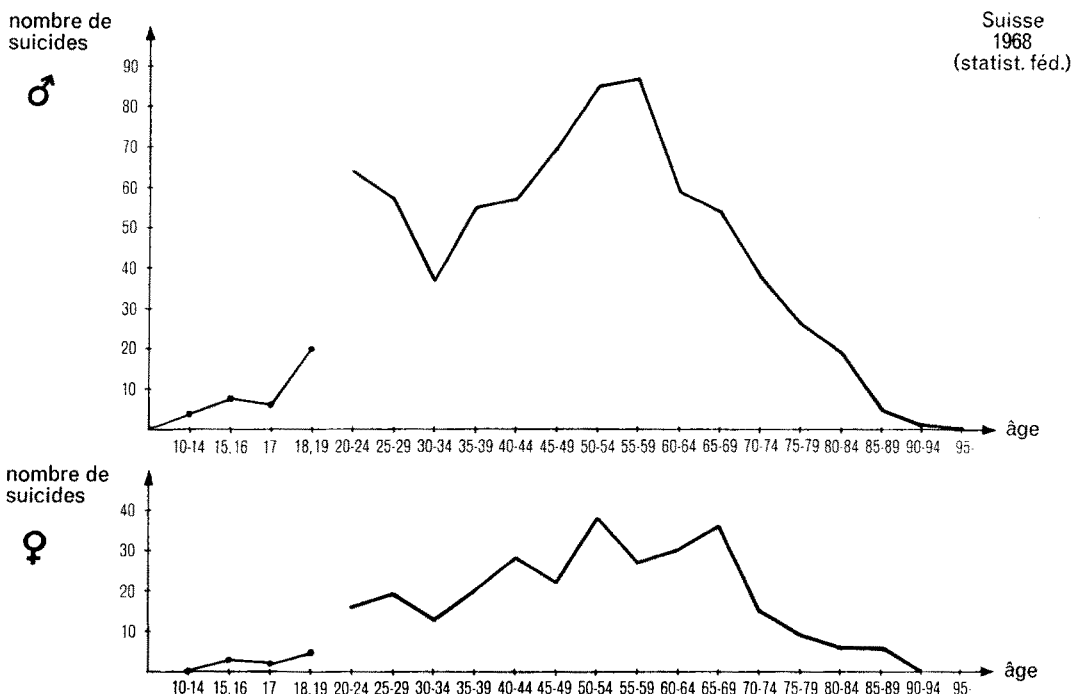
preuve les nombreux mécanismes de défense mis en œuvre par l'individu pour rester jeune (teinture de cheveux, soins esthétiques pour effacer les traces physiques qui attestent la fin de la jeunesse, massages, cures, régimes, etc.). Cela expliquerait la fréquence signalée par beaucoup d'auteurs des dépressions étiquetées réactionnelles à l'âge de la pré-ménopause chez la femme (entre 37 et 45 ans) et chez l'homme entre 51 et 60 ans (pré-involution sénile) (*Kielholz*). Des facteurs biologiques, endocriniens influent sur le climat psychique intérieur et se joignent à l'attitude du sujet face à son vieillissement. Je rappelle les structures caractérielles peu extraverties, ne trouvant pas dans le monde extérieur des satisfactions suffisantes pour équilibrer le bilan des pertes affectives et narcissiques. Nous verrons ultérieurement l'importance qu'il faut attribuer à ce repliement sur le corps et à toute la symptomatologie que celui-ci entraîne dans le traitement de la dépression des gens âgés et dans la prévention du risque suicidaire.

Le problème du suicide

Bien qu'il soit difficile, en raison des tabous qui entourent encore de nos jours la mort volontaire de se référer à une statistique sur les suicides, nous croyons utile de comparer les courbes de fréquence des dépressions et des suicides. La fig. 3 montre l'enregistrement de l'Office fédéral des statistiques pour l'année 1968. Celle-ci montre un sommet presque plat entre 50 et 59 ans pour les hommes (alors que le point culminant pour les dépressions se situe dans la décennie antérieure). Pour les femmes, la courbe se caractérise par deux sommets, l'un entre 50 et 54 ans, l'autre entre 65 et 69 ans répondant vraisemblablement à la structure et aux réactions de la personnalité féminine auxquelles nous avons fait allusion tout à l'heure.

Il est évident que ces courbes ne sont pas superposables à celles des dépressions, car elles représentent l'ensemble des suicides avec leurs causes diverses, psychiatriques ou non (suicide par suite de maladie incurable par exemple).

Le suicide est un phénomène exclusivement humain, auquel s'intéressent le sociologue, le philosophe et le médecin. Il est une conduite autodestructrice qui prend son origine dans l'intention précise de mettre fin à sa propre existence, indépendamment du but qui est poursuivi. Cette définition inclut les suicides moraux, oblatifs, sacrificiels dont l'histoire moderne nous a donné tant d'exemples, mais exclut le martyr ou toute autre forme d'héroïsme qui'il soit patriotique, militaire ou sportif.



Pour intéressantes qu'elles soient les doctrines sociologiques et philosophiques (notamment celles de certains existentialistes prônant le suicide comme l'expression suprême de la liberté de l'homme), la tendance générale des auteurs est actuellement d'en faire un *acte personnel* qui s'accomplit dans un contexte socio-psychologique déterminé. S'il est légitime d'admettre les doctrines sociologiques comme toile de fond, la décision ultime appartient sans aucun doute à *la personnalité suicidaire*.

Pour ne citer que quelques éléments psychosociologiques avant de tenter le portrait du candidat au suicide, je rappellerai que les divorcés se suicident davantage au-delà de 65 ans, suivis en cela par les veufs, les célibataires et les fiancés, alors que les personnes mariées, hommes et femmes, viennent en dernier; que les races de couleur se suicident moins que les blancs (il s'agit de statistiques américaines évidemment où l'on indique 17 suicides/100 000 blancs pour 6 suicides/100 000 noirs); que le suicide est moins fréquent en milieu rural qu'urbain; que les professions libérales viennent en tête représentées par les médecins, les dentistes, les avocats, alors que les chiffres les plus bas se rapportent aux enseignants, aux employés des transports publics, aux ouvriers agricoles et aux chimistes et que le suicide se retrouve dans toutes les classes sociales. Enfin qu'il semble exister un rythme saisonnier avec une cote de suicides plus élevée au mois de mai (la courbe s'élevant à partir d'avril et s'abaissant progressivement dans les mois suivants).

Dans le contexte social du suicide, il faut également citer *l'alcoolisme*. L'alcoolisme est considéré comme facteur suicidogène a) parce qu'il existe chez l'alcoolique un fonds dépressif (cuite pleureuse) ou un substratum névrotique surtout de type anxieux; b) parce que l'alcool peut libérer chez l'individu qui boit des tendances hétéro- et auto-

agressives et que ces dernières peuvent donner naissance à un désir d'autopunition en rapport avec un profond sentiment de culpabilité ou à des idées délirantes (persécution);

c) parce que l'intoxication éthylique aiguë peut produire un état confusionnel avec des troubles de comportement paroxystiques (états seconds comparables à ceux de l'épilepsie) ou à des réactions court-circuit par libération massive de complexes idéo-affectifs latents ou inconscients;

d) parce que chez l'alcoolique comme chez tout autre suicidaire l'acte autodestructeur (ou autolytique) constitue un appel à l'aide, un appel affectif extrême.

L'alcoolisme en soi n'est donc pas un facteur déterminant dans la décision du suicide, mais il ajoute à la personnalité prémorbide une impulsivité supplémentaire.

Il est important de se faire une idée de la personnalité du candidat au suicide car reconnaître un suicidaire est déjà un acte préventif:

Il s'agit en général d'individus présentant des particularités ou/et des fluctuations d'humeur, une incapacité foncière de nouer des relations humaines satisfaisantes, d'approfondir celles-ci et qui pour cela, soit les fuient soit les recherchent désespérément. Il en résulte pour eux des sentiments de solitude, d'abattement, de retrait ou de rejet liés à cette inaptitude de tirer des satisfactions réelles du commerce interhumain.

Cela n'est pas toujours aussi évident qu'il peut paraître: car c'est précisément cette incapacité que les patients nous cachent en se donnant des airs de jovialité et d'enjouement destinés à masquer leur véritable état d'âme. *Haim*, dans son livre récemment paru sur le Suicide d'adolescents, rattache cette caractéristique de la personnalité à un trouble de l'élaboration, c'est-à-dire à une insuffisance de mentalisation et de verbalisation du vécu émotionnel comme on le trouve chez

les malades psycho-somatiques. Chez le candidat au suicide l'intellectualisation se construit pour ainsi dire à vide, les mots ne sont pas porteurs de charge affective, de sorte que le dialogue qui s'installe entre lui et nous demeure superficiel, artificiel. Il est dangereux pour le médecin et le personnel soignant de se méprendre sur l'assurance fictive que nous offre ce type de malades. Le risque de suicide doit être évalué par intuition (empathie) et celle-ci doit nous inciter à manifester au patient notre vraie disponibilité.

Un autre aspect de ces personnalités prédisposées au suicide est leur organisation de l'Idéal du Moi: un idéal trop absolu, insuffisamment remanié par l'épreuve de la réalité. Ils sont peu tolérants à la frustration affective. «L'intensité de la déception traduit le degré de souffrance devant le constat de ne pas pouvoir agir avec toute-puissance sur la réalité pour accéder à la satisfaction de leurs désirs» (*Haim*). Or dans ce contexte, il faut noter la fréquence de la perte ou de l'absence précoce du père, ce «tiers frustrant», l'inducteur de la tolérance à la frustration, le représentant de la réalité et de la vie sociale. On sait le rôle capital joué par le père lorsqu'il apparaît dans la relation binaire mère-enfant à partir du 8e mois de la vie. Son absence trouble le jeu subtil de l'identification et l'organisation du Moi et de l'Idéal du Moi.

Enfin, l'insuffisance des mécanismes de défense habituels, notamment

- a) l'incapacité de désinvestir l'objet décevant ou perdu,
- b) l'insuffisance de mécanismes projectifs (*Haim 252*).

Mesures préventives

1. En ce qui concerne les états dépressifs, on admet généralement que le danger de suicide est plus grand à l'acmé pour les dé-

pressions névrotiques, au début et à la fin de la phase dépressive pour les dépressions endogènes et les dépressions involutives. Les tentatives de suicide répétées peuvent cependant amener à modifier un diagnostic.

Dans la mélancolie involutive comme dans les manifestations dépressives en général de l'âge, la possibilité d'un suicide est liée à la présence d'un état anxieux et à des structures délirantes de culpabilité, de préjudice et de ruine sur lesquels influent des facteurs ambiants familiaux, sociaux et économiques en accentuant le caractère désespérant de la perspective existentielle du déprimé.

Le catalyseur semble être un fort sentiment de culpabilité et le désir d'autopunition. Le dénominateur commun de beaucoup de suicides chez les déprimés pourrait être l'incapacité de s'absoudre soi-même, de s'innocenter, qui fait que le sujet est habité par une vision amplifiée et déformée de sa faute.

Il me semble très important de rappeler le danger inhérent aux traitements thymoléptiques modernes qui en réduisant la composante inhibitrice corticale de la dépression risquent de faire passer l'idée de suicide à l'acte. Le même danger existe avec les anxiolytiques qui risquent de rendre à la psychomotricité du malade une direction plus précise et permettraient de «programmer» l'acte suicidaire.

Un danger de suicide existe donc toujours lorsque le déprimé sort de son inhibition et cela même dans les rémissions spontanées.

Dans le contexte particulier des dépressions de l'âge, il est indispensable de rappeler le recours à la corporalité. L'investissement corporel doit être considéré comme mécanisme contre-dépressif. Il est donc de la plus haute importance pour le médecin et le soignant d'accorder à ces troubles corporels une attention soutenue et valorisante en prenant pour base du traitement antidépressif une thérapie spécifique des troubles organiques qui nous sont présentés et une

thérapeutique générale, roborante (produits polyvitaminés et autres produits de ce genre). Il est évident que l'attitude psychologique du médecin faite d'attention et de compréhension à l'égard de ces troubles inlassablement répétés peut jouer un rôle déterminant contre les impulsions autodestructrices qui se manifesteraient si l'investissement corporel devait être compromis.

2. Chez tout déprimé ou plus généralement chez toute personne ayant fait une tentative de suicide (j'excepterais provisoirement les adolescents), il est indispensable de procéder à un examen psychiatrique minutieux aux fins de déterminer le type de personnalité, ses mécanismes de défense, son style de relation, ses possibilités d'investissement affectif. Compte tenu de l'importance pour la structure du Moi des premières phases de la vie humaine, une anamnèse fouillée de la petite enfance explorant les conditions familiales et relationnelles du malade est de la plus *haute importance*.

3. A cela, on peut ajouter de créer et de multiplier des centres de consultations prénuptiales destinés à préparer les époux au mariage, à apprendre aux futurs parents la nécessité d'un climat familial serein, à rappeler que l'hyperprotection de l'enfant aussi bien que l'abandon ou la répression excessives exercés sur lui interviennent défavorablement sur la formation du Moi, surtout sur l'intégration (défectueuse) des pulsions agressives. Il faut donc encourager de plus en plus largement la formation des éducateurs, des enseignants primaires et secondaires car ils peuvent jouer un rôle capital dans le dépistage d'enfants perturbés et les amener à la consultation spécialisée et au traitement.

Les conseillers conjugaux qualifiés peuvent également intervenir dans les situations conflictuelles critiques entre époux.

4. Comme le prêtre, le médecin de famille, l'assistante sociale, toute personne de bonne volonté peut représenter l'élément sauveur à un moment crucial d'une existence qui paraît sans issue. Des institutions du type de la main tendue avec un téléphone assurant une permanence, les services sociaux dans les usines peuvent jouer le même rôle.

5. Enfin, l'information du public par la presse, la radio et la télévision sur toutes les possibilités de secours, sur les thérapeutiques possibles et les mesures de prévention ne devraient pas être négligées.

Bibliographie

- Coda G.*: Profilassi del suicidio. *Minerva Med.* 59 (1968).
De Caro D.: Storia e problema del suicidio. *Minerva Med.* 59 (1968).
De Castro D.: Sociologia e statistica del suicidio. *Minerva Med.* 59 (1968).
Descoux A.: Depressionen im höheren Alter. Symposium über akute exogene Psychosen, Venedig 1969.
Ferrio L. e Vercellino F.: Aspetti psicopatologici e psichiatrici del suicidio. *Minerva Med.* 59 (1968).
Haim A.: Le suicide des adolescents. Payot Paris 1968.
Hand M. H. and Meisel A. M.: Dynamic Aspects of Suicide. *N. Y. St. J. Med.* 66 (1966).
Kielholz P.: Les dépressions. *Acta psycho-somatica*, no 2 (1959).
Linden K. J.: Der Suizidversuch. Ferdinand Enke Verlag Stuttgart 1969.
Müller C. et coll.: Alterspsychiatrie. Georg Thieme Verlag Stuttgart 1967.

Adresse de l'auteur:

Dr Armand Descoux, Méd. chef Centre Psycho-Social
1, rue des Pilettes, 1700 Fribourg