

LES FACTEURS PSYCHOPATHOLOGIQUES DU SUICIDE.

YKHLEF M., SEMAOUNE B.

Service de Psychiatrie de l'Hôpital Central de l'Armée, Université de Constantine.

RÉSUMÉ :

Les conduites suicidaires constituent un enjeu majeur de la prise en charge des patients bipolaires. De nombreux facteurs de vulnérabilité propres à ces sujets ont été identifiés. Il est impossible d'établir un portrait précis du sujet suicidaire et difficile de prédire l'acte suicidaire. Cependant, différents déterminants du suicide ont été identifiés au fil du temps. Pour conduire des recherches dans le champ du suicide, plusieurs méthodes existent : les études épidémiologiques visant à identifier des facteurs de risque de suicide, et l'autopsie psychologique qui est une méthode acceptée depuis les années 1960 pour l'approche des caractéristiques mentales et psychosociales des suicidés.

Mots clés : Troubles psychiatriques, Suicide, Psychopathologiques.

ABSTRACT : *SUICIDE'S PSYCHOPATHOLOGICAL FACTORS.*

Suicidal behavior is a major issue in the management of bipolar patients. Many vulnerabilities specific to these subjects were identified. It is impossible to make an accurate portrait of the suicidal and difficult to predict about the suicidal act. However, various determinants of suicide have been identified over time. To conduct research in the field of suicide, several methods exist: epidemiological studies to identify risk factors for suicide, and psychological autopsy is an accepted method since the 1960s for the approach of mental and psychosocial characteristics of suicides.

Key words : Psychiatric disorders, Suicide, Psychopathology.

INTRODUCTION

Une des principales méthodes pour évaluer les facteurs de risques psychopathologiques du suicide est l'autopsie psychologique qui a été validée pour diagnostiquer les troubles psychiatriques susceptibles d'être présents chez les personnes décédées par suicide.

Cette méthode est fondée sur des entretiens avec des proches de la personne décédée. L'interviewer recueille des informations sur les données sociodémographiques de la personne, ses antécédents familiaux son « profil » psychologique, son style de vie, ses relations, les événements ayant précédés sa mort et l'analyse des ressources médicales. Elle est intéressante pour documenter l'existence de troubles psychiatriques ou somatiques, la trajectoire de vie et la nature des soins dont les personnes avaient bénéficié.

TROUBLES DE L'HUMEUR

Le trouble dépressif majeur est le premier trouble psychiatrique diagnostiqué dans les autopsies psychologiques, et plusieurs études montrent qu'entre 50 % à 60 % des personnes décédées par suicide souffraient d'un trouble de l'humeur.

Ainsi Mc Girr et al. proposaient en 2006 d'évaluer le risque suicidaire en fonction de la survenue des épisodes dépressifs majeurs [1].

L'intensité et les variations de la dépression témoignent également de l'importance du risque suicidaire :

- Premièrement, il existerait une corrélation entre la sévérité de la dépression et le risque suicidaire. Plus la dépression est intense, plus le risque de suicide ou de tentative de suicide grave est important.

- Deuxièmement, associées au désespoir, et à la perte de plaisir, les oscillations de l'humeur représentent un facteur majeur de risque suicidaire imminent.

- Troisièmement, l'autoaccusation serait particulièrement alarmante dans la mélancolie.

- Quatrièmement, l'existence d'idées délirantes est associée à un risque élevé de suicide, surtout dans les cas d'idées de culpabilité, de persécution, d'indignité.

- Cinquièmement, l'agitation, l'inhibition majeure ou encore une dimension confusionnelle sont à prendre sérieusement en compte [2].

- Enfin, une angoisse intense avec vécu d'un sentiment d'insécurité, de danger imminent, ou d'hostilité, peut être à l'origine d'un raptus suicidaire.

Selon Beck et al [3], « on ne se suicide pas parce qu'on est déprimé, mais parce qu'on est à l'acmé du désespoir ».

Dans la mélancolie, où l'humeur dépressive atteint le paroxysme de la souffrance, le risque de passage à l'acte est à redouter tout au long de l'évolution de la maladie. Parfois, le suicide est inaugural. Son occurrence reste élevée pendant la phase évolutive. Mais alors qu'on croit le mélancolique soulagé, dégagé de son fardeau d'autoaccusation, le passage à l'acte vient surprendre l'entourage par sa violence, la froideur de son élaboration et cette découverte « post-mortem » que le suicidé avait prémédité son geste, d'où son apparent soulagement.

LES TROUBLES PSYCHOTIQUES

Entre 20 et 40 % des malades schizophrènes font une tentative de suicide au cours de leur vie, et 10 à 15 % d'entre eux décèdent par suicide avec un risque 50 fois plus élevé que dans la population générale.

Dans la schizophrénie, l'acte suicidaire est associé aux périodes

dépressives, aux épisodes de décompensation psychotique aiguë, et aux événements de vie stressants. Les risques de comportements suicidaires sont élevés tout le long de la vie d'une personne atteinte de schizophrénie, mais le suicide est plus fréquent en début de maladie, et la plupart des tentatives de suicide surviennent dans les dix premières années.

Dans la schizophrénie, les passages à l'acte surviennent à des temps variés de l'évolution de la maladie, mais trois moments sont particulièrement délicats : le suicide inaugural répond à une impulsion suicidaire bizarre et imprévisible. Ainsi, un patient sur 10 décède dans les stades initiaux de la maladie. Les moments féconds obéissent à certaines injonctions délirantes, dont l'ordre hallucinatoire de tuer. Quant aux moments dépressifs et/ou de désespoir, ils surviennent lorsque le sujet est moins dissocié, et qu'il ne prend la mesure de son handicap, et surtout de ce que la maladie ne lui permet plus de réaliser.

TROUBLE LIÉ À L'ABUS OU LA DÉPENDANCE À L'ALCOOL

Enfin, plusieurs facteurs de risques ont été identifiés dans les études sur les personnes dépendantes à l'alcool : une forte consommation récente, parler ou menacer de suicide, avoir un faible soutien social, souffrir de troubles de l'humeur ou d'une dépression majeure [4], perdre son emploi; vivre seul, être un homme, le fait de vieillir, avoir des difficultés conjugales et autres événements de vie, consommer d'autres substances toxiques [4], et un faible niveau scolaire [4].

Comme pour le trouble dépressif majeur, la comorbidité, en particulier les troubles de la personnalité et les troubles de dépression majeure, augmente le risque suicidaire chez les personnes alcooliques.

TROUBLE LIÉ À L'ABUS OU DÉPENDANCE AUX SUBSTANCES AUTRES QUE L'ALCOOL

Les études qui rapportent une relation entre l'abus de substances autre que l'alcool et le suicide sont plus rares. Une étude chinoise, menée par Tong et Phillips [5], a montré que le risque de suicide était trois fois plus élevé chez les personnes souffrant d'un trouble lié aux substances.

LES TROUBLES ANXIEUX

1. Trouble de Stress Post-traumatique

Les événements traumatiques ont un impact important sur les individus et la société dans son ensemble, et l'exposition à un événement traumatique peut avoir des conséquences sur la vie psychique des individus. Nous savons que plus de 60 % des hommes et 51 % des femmes seront confrontés à de tels événements dans la vie, et la prévalence sur la vie du trouble de stress post-traumatique (TSPT) dans la population générale se situe entre 2%, pour les études européennes et 7% pour les études nord-américaines. Le TSPT peut entraîner d'autres pathologies mentales et s'aggrave en présence de cette comorbidité. Certaines études ont établi un lien entre l'exposition à des événements traumatiques et le suicide. C'est le cas des populations exposées à des événements traumatiques tels que rencontrés en guerre.

- Sur un échantillon de 320 890 hommes suivis sur un an, Kaplan, et al [6] ont observé que les anciens combattants étaient deux fois plus susceptibles de mourir par suicide par rapport aux hommes en population générale.

- Sur une cohorte d'environ 5 millions de patients de l'adminis-

tration de santé des vétérans de guerre (VHA) Mc Carthy et al. [7] ont observé que le risque de suicide parmi les patients VHA était 66 % plus élevé qu'en population générale.

2. Autres troubles anxieux

- Les études les plus anciennes ont montré un lien entre le trouble panique et le suicide.
- Les études plus récentes, s'accordent plutôt à décrire les troubles anxieux comme des facteurs aggravant en lien avec les autres troubles comme la dépression et les dépendances à l'alcool et autres substances, plutôt que des facteurs isolés du risque suicidaire.
- En revanche, les résultats d'une étude plus récente menée par Pagura, et al. [8] ont montré un lien entre la récurrence des tentatives de suicide et les troubles anxieux.
- D'autres études ont montré un lien entre un trouble anxieux en particulier parmi le trouble anxieux généralisé, la phobie non spécifique, les troubles panique ou le stress post-traumatique et les tentatives de suicide [9-13].
- En revanche, plusieurs auteurs ont évalué plus particulièrement le trouble panique et ont montré un taux élevé de tentatives de suicide parmi les personnes souffrant d'un trouble panique [9, 14-17].

LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Par rapport au suicide, les autopsies psychologiques estiment qu'environ 30% de personnes mortes par suicide souffraient d'un trouble de la personnalité [18].

- Dans une étude Finlandaise [19] utilisant la méthode de l'autopsie psychologique dans un échantillon de 229 personnes décédées par suicide sur une période d'un an, il apparaît que le suicide parmi les personnes souffrant d'un trouble de la personnalité était associé à la présence de syndromes dépressifs et de troubles liés à la consommation de substances, ou les deux. Les personnes souffrant d'un trouble de la personnalité du cluster B (Personnalité histrionique, Personnalité antisociale, Personnalité narcissique et Personnalité borderline) souffraient également le plus souvent d'un trouble lié à la consommation de substances, et avaient le plus souvent fait des tentatives de suicide avant leur suicide abouti.
- Plusieurs études ont montré que la comorbidité entre les troubles de la personnalité de l'axe II et les troubles psychiatriques de l'axe I était impliquée dans les facteurs de risque des conduites suicidaires [20].

TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ BORDERLINE

Le trouble de la personnalité borderline est estimé à 30 % des sujets qui meurent de suicide, 40 à 70 % des personnes qui font une tentative de suicide et 50% des patients hospitalisés en psychiatrie et qui meurent par suicide [21]. Soixante à 70% des personnes avec un trouble borderline font une tentative de suicide, ces tentatives sont plus fréquentes que le suicide abouti dans cette population [22].

Les facteurs de risque suicidaire identifiés dans le trouble de la personnalité borderline sont les antécédents de conduites suicidaires, les troubles de l'humeur, l'abus ou la dépendance à des substances, le désespoir, les antécédents familiaux de suicide ou de conduites suicidaires, la maltraitance à l'enfance ou l'adolescence, l'impulsivité et la présence de traits antisociaux [23, 24].

- Une étude plus récente proposée par le Groupe McGirr d'étude sur le suicide a évalué les risques de suicide sur une population de 120 personnes [25], dont un groupe expérimental composé

de 70 personnes décédées par suicide (méthode de l'autopsie psychologique), et souffrant d'un trouble de la personnalité borderline, et 50 personnes en vie, souffrant d'un trouble de la personnalité borderline. Le groupe des personnes suicidées cumulait le plus souvent le critère vie entière de dépendance à l'alcool, le critère vie entière de dépendance aux drogues, une comorbidité avec d'autres troubles de la personnalité de l'axe II, en particulier le trouble de la personnalité antisociale. De plus, par rapport aux traits de la personnalité borderline, les personnes décédées par suicide présentaient un taux plus élevé d'impulsivité, d'hostilité ou de colère inappropriée.

Le trouble de la personnalité borderline est notamment caractérisé par des comportements destructeurs qui peuvent se traduire sous plusieurs formes : des comportements impulsifs entraînant des conduites à risque, des comportements d'automutilation dirigés contre soi-même (se couper ou se brûler), des tentatives de suicide ou des suicides [18].

LES AUTRES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

La prévalence du trouble de la personnalité antisociale est de 2%. Ce trouble se caractérise par une tendance à l'impulsivité et la fréquence des conduites hétéro agressives. Le taux de suicide chez les personnes souffrant d'un trouble antisocial est de 5% [26].

Peu d'études se sont intéressées au lien entre les autres troubles de la personnalité et les conduites suicidaires.

Il n'y a pas de « personnalité type » laissant prédire la potentialité d'un passage à l'acte.

En revanche, le trait commun est l'impulsivité. Celle-ci se retrouve volontiers chez les sujets ne tolérant pas la frustration, le manque, la séparation ou l'abandon. Ce trait n'est pas spécifique d'une personnalité donnée, mais se voit avec une certaine fréquence chez les personnalités psychopathiques (ou antisociales) et les états limites (borderline).

On peut aussi retrouver des antécédents de maltraitance dans l'enfance augmentant le potentiel agressif à l'âge adulte.

CONCLUSION

Le suicide reste de nos jours un sujet tabou qui fait l'objet d'idées reçues. Le suicide n'est ni un acte de courage ni un acte de lâcheté. Ce n'est pas non plus un choix librement consenti, mais la seule issue possible perçue par une personne ne pouvant trouver d'autre solution face à une souffrance devenue insupportable.

La littérature montre qu'il existe un risque suicidaire extrêmement important chez les patients qui présentent un trouble psychopathologique et que ce risque est lié aux spécificités de ce trouble.

RÉFÉRENCES

1. **Mc Girr A, Renaud J, Seguin M, Alda M, Benkelfat C, Lesage A, Turecki G.** An examination of DSM-IV depressive symptoms and risk for suicide completion in major depressive disorder: a psychological autopsy study. *Journal of affective disorders.* 2006; 97, 1-3 : 203-9.

2. **Fawcett J, Scheftner W, Clarck D, Hedeker D, Gibbons R, Coryell W.** Clinical predictors of suicide in patients with major affective disorders: a controlled prospective study. *American Journal of Psychiatry.* 1987; 144 : 35-40.

3. Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide : a ten year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *The American Journal of Psychiatry*. 1985;142,5: 559-563.
4. Schneider B, Wetterling T, Sargk D, Schneider F, Schnabel A, Maurer K, Fritze J. Axis I disorders and personality disorders as risk factors for suicide. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2006;256,1 : 17-27.
5. Tong Y, Phillips MR. Cohort-specific risk of suicide for different mental disorders in China. *The British Journal of Psychiatry*. 2010; 196,6: 467-73.
6. Kaplan MS., Huguet N, Mc Farland BH, Newsom JT. Suicide among male veterans: a prospective population-based study. *Journal of Epidemiology and community Health*. 2007;61,7: 619-24.
7. McCarthy JF, Valenstein M, Kim HM, Ilgen M, Zivin K, Blow FC. Suicide mortality among patients receiving care in the Veterans Health Administration health system. *Am J Epidemiol*. 2009;169: 1033-1038.
8. Pagura J, Cox Brian JP, Sareen J, Enns MW. Factors Associated With Multiple Versus Single Episode Suicide Attempts in the 1990-1992 and 2001-2003 United States National Comorbidity Surveys *Journal of Nervous & Mental Disease*. November 2008; 196- Issue 11: 806-813.
9. Cox BJ, Dorenfeld S, Norton GR. Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and social phobia. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 882- 887.
10. Ferrada N, Asberg M, Ormstad K, Lundin T, Sundbom E. Suicidal behavior after severe trauma. Part 1: PTSD diagnoses, psychiatric comorbidity, and assessments of suicidal behavior. *J Trauma Stress*. 1998: 11103- 112.
11. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 1999; 56 : 617-626.
12. Kotler M, Iancu I, Efroni R, Amir M. Anger impulsivity, social support, and suicide risk in patients with posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2001 Mar; 189, 3: 162-7.
13. Weissman M, Klerman M, Markowitz GL, Ouellette JS R. Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. *N Engl J Med*. 1989; 321: 1209- 1214.
14. Lepine JP, Chignon JM, Teherani M. Suicide attempts in patients with panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1993; 50: 144- 149.
15. Schmidt NB, Woolaway-Bickel, Bates KM. Evaluating panic-specific factors in the relationship between suicide and panic disorder. *Behav Res Ther*. 2001; 39: 635- 649.
16. Starcevic V, Bogojevic G, Marinkovic J, Kelin K. Axis I and axis II comorbidity in panic/agoraphobic patients with and without suicidal ideation. *Psychiatry Res*. 1999; 88: 153- 161.
17. Warsaw MG, Dolan RT, Keller MB. Suicidal behavior in patients with current or past panic disorder: five years of prospective data from the Harvard/Brown Anxiety Research Program. *Am J Psychiatry*. 2000; 157: 1876- 1878.
18. Oldham JM. Borderline personality disorder and suicidality. *The American Journal of Psychiatry*. 2006; 163, 1: 20-6.
19. Isometsä E, Suominen K1, Henriksson M, Suokas J, Ostamo A, Lönnqvist J. Mental disorders and comorbidity in attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand*. 1996 Oct; 94, 4: 234-40.
20. Crawford P, Cohen JG, Johnson S, Kasen MB, First MB., Brook JS. Self-reported personality disorder in the children in the community sample: Convergent and prospective validity in late adolescence and adulthood, *J Personal Disord*. 2005; 19: 30-52.
21. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. *The American Journal of Psychiatry*. 2003; 160(Nov suppl).
22. Gunderson JG. *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. Washington, DC, American Psychiatric Press. 2001.
23. Soloff PH, Lis JA, Kelly T, Cornelius J, Ulrich R. Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*. 1994; 151, 9: 1316-23.
24. Black DW, Blum N, Pfohl B, Hale N. Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of Personality Disorders*. 2004; 18, 3: 226-39.
25. Mc Girr A, Renaud J, Bureau A, Seguin M, Lesage A, Turecki G. Impulsive-aggressive behaviors and completed suicide across the life cycle: a predisposition for younger age of suicide. *Psychological medicine*. 2007; 38, 3: 407-417.
26. Paris J. *Personality disorders over time*. Washington (DC): American Psychiatric Press. 2003.