COURS 7 PSYCHO : SEMIO SUICIDAIRE

1. Conduites suicidaires : définitions et limites

Suicide **= acte de se tuer**. // ID de suicide = **élaborat° mentales cste d’un désir de mort**.

Equivalents suicidaires = **conduite à risque ac un désir incst de jeu avec** **la mort.**

Suicidé : sujet dt le geste a été **mortel**. // Suicidant = sujet qui a **survécu** à son geste.

Suicidaire : exprime l’existence d’un **risque de passage à l’acte** suicidaire.

Le suicide et les gestes suicidaires st mentionnés comme symptômes parmi les critères diagnostiques d’autres maladies.

Il y a 160 000 TS/ an, dt *90% par intoxication médicamenteuse*. Touche 2X plus les femmes et la fq Δ- après 35 ans.

12000 décès par suicide/an, dt 37% par pendaison. 3X + fq chez les hommes. 1ère cause de mortalité chez les 15-35ans.

1. Conduites suicidaires : variabilité et approche clinique

* $\ne $ procédés : on dénombre **24 types de lésions auto-infligées**
* $\ne $ formes cliniques : suicide **collectif**, **consenti, nn consenti** par le partenaire (suicide altruiste ds la mélancolie délirante ou infanticide ds la psychose puerpérale), travesti en accident/ meurtre/… ou simulé par une mise en scène.
* Equivalents suicidaires : automutilations, certains refus alimentaires/ thérapeutiques, conduites toxicomaniaques ou alcooliques, prises de risques graves.
* Approche clinique : repérer les **situations d’urgence psy**. Il existe $\ne $ étapes qui st à repérer et à chaque fois il faut évaluer le risque suicidaire.
* **Menace suicidaire** : *dimens° auto et hétéro agressive* = urgence psy
* **Equivalent suicidaire** = *accident ou geste auto-agressif dt le patient nie la nature suicidaire*
* **Idée suicidaire** où on distingue la *vague ID de la prévision au moindre détail*.
* **Refus de soins**
1. La crise suicidaire

= **crise psychique dt le risque majeur est le suicide**. Se produit à un moment de **rupture** ds la vie du sujet. La personne élabore des idées suicidaires qui deviennent de + en + envahissantes et le suicide devient alors la **solution pr mettre fin à la souffrance actuelle.**

3 étapes

* Phase pré suicidaire : *durée variable* dépendant des F psy et des capacités d’adaptation du sujet. Triade : **constrict° affective** (Δ- des capacités à s’adapter et à relativiser les pb) dynamique (pensées négatives et rigidité) des méca de défense/ des relat° interpersonnelles/ du sens des valeurs**, inhibition, fantasmes suicidaires** (exacerbat° et répétition des idées de mort)
* Phase de passage à l’acte : svt liée à un **élément déclencheur**
* Phase post suicidaire : peut être **résolutive et cathartique** ou amener à **l’amorce d’une nvelle crise**.

Pr reconnaitre une crise suicidaire il faut d’abord **reconnaître les idées suicidaires**. Aborder le thème du suicide n’augmente pas le risque de passage à l’acte et permet plutôt de le dépister. Il faut savoir distinguer les **caractéristiques** de ces idées : **intensité**, **fq**, **caractère obsédant**. Il faut aussi **dépister les TS nn accomplies ou avortées**. Les idées suicidaires sont parfois dissimulées => signes évocateurs tels le regroupement de signes de rupture, signes de changement, changements d’attitude

**Repérer les signes d’alerte** d’un processus suicidaire : il faut être attentif aux comportements de départ.

Enfin, **l’intentionnalité suicidaire** est un déterminant clinique essentiel. Correspond au degré de détermination et d’envie de mourir au moment de la TS. FDR de récidive.

* Echelle d’intentionnalité suicidaire :

Circonstances objectives de la TS

1. Isolement
2. Préparat° TS
3. Intent° écrite TS
4. Com verbale de l’intent° suicidaire
5. But de la tentative
6. Gest° du tps (= plannificat°)
7. Précaut° pr ne pas être découvert
8. Dissimulat° de la TS aux personnes présentes
9. Actes réalisés en prévis° de la mort

Propos rapportés par le patient

1. Degré de préméditation
2. Rxn à l’issue de la prise en charge
3. Représentat° de la mort
4. Nbr de TS antérieures
5. Attentes par rapport à la létalité du geste
6. Appréciat° de la létalité de la méthode employée
7. Gravité perçue du geste suicidaire
8. Attitude ambivalente par rapport à la vie
9. Percept° de l’irréversibilité de l’acte
10. Diagnostique étiologique : un déterminisme multifactoriel
* F psychopath : **associés aux T psy** (+ de 90% des suicidés avaient des T mentaux). **+ comorbidité ac assoc dépression-anxiété**. Ex : dépress° ds 50% des cas, alcoolisme ds 30% des cas (X10 risque), T de la personnalité ds 35% des cas (personnalité antisociale, limite, histrionique, narcissique qui ont une dimension impulsive importante), schizophrénie (ac sd dépressif associés ou hallucinations de commande). + **mélancolie** diagnostiquée ac au moins *perte d’intérêt ou de plaisir ds les até habituelles*, $∅$ *réaté aux stimulus habituellement agréables, aggravat° de la dépression le matin, réveils précoces, ralentissement ou agitation, anorexie ou perte de poids, pas de T de la perso ant.*

Crise suicidaire et délires chr nn schizo qui st parano interprétatifs et donne un sens patho à une percept° N.

La crise d’angoisse peut également déclencher un geste suicidaire.

* Traits de personnalité favorisant **: intention suicidaire, impulsivité, agressivité, neuroticisme** (tendance à vivre des émotions négatives), **désespoir**

*Suicide escapiste* : désir ss jacent de vivre mieux ou autrement

*Fct° hétéro-agressive de l’acte suicidaire* : manifester désir de vengeance, chantage au suicide, suicide post-agressionnel

*Fct° ordalique* : sujet tente de maitriser sa vie en jouant ac la mort.

* F biographiques **: ATCD perso et familiaux, statut familial, socio-professionnel, géographique** (+ de suicides en milieu rural et de TS en ville). 30 à 40% des suicidants récidivent dans les 6 mois.
1. Critères d’évaluation du risque suicidaire
* Le risque suicidaire :
* F I (accessibles aux tt): **T psy, ATCD perso et fam des TS, com d’une intens° suicidaire, impulsivité**
* F II (peu modifiables) **: pertes parentales précoces, isolement social, chômage, difficultés financières et professionnelles.**
* F III (nn modifiables) : **sexe masculin, sujet jeune ou âgé, période de vulnérabilité**.
* F de protection : **support social/ soutien familial, prise en charge thérapeutique efficace en cas de T psy, adaptabilité.**
* Evaluation de l’urgence
* **Faible si personne désire parler**, cherche encore des solutions n’a pas encore de scénario précis
* **Moyenne si l’équilibre émotionnel est fragile**, scénario envisagé mais exécution reportée, exprime son désarroi
* **Elevée lorsque la personne a le sentiment d’avoir tt fait**.
* Evaluation de la dangerosité : évalue la **létalité du moyen envisagé** et **l’accessibilité à ce moyen** en interrogeant le sujet.
1. Neuroscience et vulnérabilité suicidaire

Approche cognitiviste : conduite suicidaire associée à

* **Déficit des capacités de résolution de pb**
* **Focalisation de l’attention sur les évènements négatifs**
* **Pensée dichotomique**
* **Difficulté à prendre des décisions**
* **Dysrégulation ou labilité émotionnelle et affective**

Dysfctmt du système sérotoninergique central entrainerai un dyscontrôle de l’agressivité

Agrégation familiale des conduites suicidaires : héritabilité des TS est d’environ 50%

Risque de survenue d’une conduite suicidaire est + ↗ chez les sujets qui st porteurs de l’allèle s du transporteur et qui ont subi des évènements de vie stressants au cours des 5 dernières années.