

Article

« Exploration phénoménologique de l'idée suicidaire »

Daniel Bordeleau

Santé mentale au Québec, vol. 19, n° 2, 1994, p. 105-116.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/032315ar>

DOI: 10.7202/032315ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org



Exploration phénoménologique de l'idée suicidaire

Daniel Bordeleau**

La mort confère à l'idée suicidaire une forte charge émotive, qui fait souvent confondre suicidaire et suicidé. Liée parfois à la dépression ou aux troubles de personnalité, l'idée suicidaire a néanmoins un sens, qu'il faut rechercher. Le suicide peut apparaître comme une solution à un problème que l'idée suicidaire aide à identifier. Quand elle est consciente, elle peut amener le patient en consultation. Signe de danger, elle permet de déterminer si les mécanismes de protection de l'organisme fonctionnent. Elle attire l'attention sur une situation, signale une forme de haine refoulée contre soi, et même aide à passer d'un état de vie à un autre, comme dans les rituels de transition déjà décrits en anthropologie.

L'idée suicidaire se définit comme une représentation psychique qui semble prédisposer au fait de se donner la mort ou y tendre. L'idée suicidaire est une idée, une représentation mentale qui peut s'exprimer sous différentes formes: images, fantasmes, plans, hallucinations auditives ou encore, considérations intellectuelles. Cette idée est étroitement liée avec la mort et cette association lui confère une forte charge émotionnelle. La revue de la littérature (Schachter et al., 1988; Bonner et al., 1990; Goldney et al., 1988; Beck et al., 1985; Bonner et al., 1988; Beck et al., 1979; Cox et al., 1994; Wellman et al., 1986; Chiles et al., 1989) montre que cette association est excessivement marquée. On parle peu de l'idée suicidaire, on insiste surtout sur le risque de mort qu'elle comporterait. Cette association nous incite à avoir des solutions exprès, rapides et sécurisantes. Cela entraîne que l'idée suicidaire est rapidement liée à quelque

* Chargé d'enseignement clinique au département de psychiatrie de l'Université de Montréal, l'auteur est membre du département de psychiatrie de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, à Montréal, au service de l'urgence-observation, et psychothérapeute analytique jungien (Inter-Regional Society of Jungian Analysts). Ce texte a été présenté, dans une première version, au 3^e Congrès international des Urgences psychiatriques, à Québec, 1993.

chose de connu, souvent à la dépression, même si Hawley et al. (1991) ont montré que la prévalence de maladie dépressive n'était que de 13 % chez les patients se présentant avec une idée suicidaire comme motif de consultation.

Au niveau du DSM-3-R, l'idée suicidaire réfère soit à la dépression majeure, soit au trouble de la personnalité borderline (APA, 1987). Sans nier ces associations, on peut remettre en question l'association exclusive de l'idée suicidaire avec la dépression et le trouble de la personnalité borderline, et proposer d'autres avenues de compréhension. À partir du moment où ce symptôme ne correspond pas à un diagnostic défini à l'avance, cela demande une exploration pour voir à quoi il se rattache. Cette exploration est intérieure. Il ne s'agit pas d'une recherche de symptômes en vue d'établir un diagnostic, mais de l'approfondissement d'un symptôme à la recherche du sens qu'il revêt pour la personne concernée.

En somme, on cherche à savoir ce que vient faire une telle idée dans le champ de la conscience. L'hypothèse proposée ici est que la présence de cette idée a un sens, et que le travail du clinicien est de le rechercher afin d'éclairer la situation psychologique du patient. Je propose donc une visite guidée autour de l'idée suicidaire en suivant les différentes avenues présentées au tableau 1. Lors de cette visite, l'idée suicidaire sera considérée en tant que message émanant de la psyché.

Avant d'aller plus loin, une mise au point s'impose. Ce texte ne traitera pas de suicide, mais d'idées suicidaires. La distinction est facile en apparence, cependant, on verse facilement du suicidaire au suicidé. Cela peut être dû au fait que les données dont on dispose pour évaluer le suicidaire sont des données statistiques de suicidés (Maris et al., 1992). On ne dispose que de très peu d'informations sur le suicidaire et, face à un tel patient, on tente de le situer par rapport aux facteurs de risque du suicide. En somme, on tente de déterminer quels sont les risques qu'il devienne un suicidé. Le suicidaire est donc perçu d'emblée comme un suicidé potentiel et parfois traité comme tel.

La sphère affective

Comme on le sait, la mort représente parfois pour le dépressif profond une solution à sa souffrance, à son état subjectif de «mort ambulante». Dans un tel cas, le problème du clinicien est relativement facile, puisque le patient doit être protégé lorsqu'il n'est pas en état

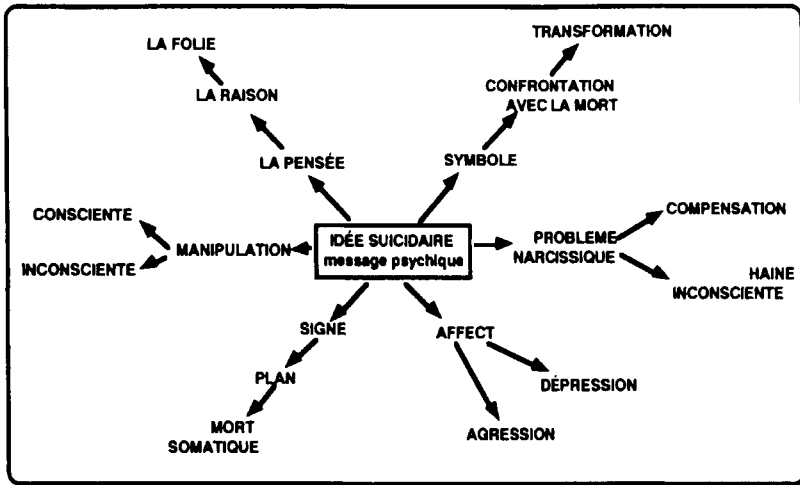


tableau 1

de le faire lui-même en raison de l'invasion de sa psyché consciente par le complexe dépressif. Le problème alors n'est pas l'idée suicidaire mais la profonde mélancolie dans laquelle le patient se trouve. Il faut bien se rendre compte que c'est le suicide qui est la solution et non pas l'idée suicidaire. Celle-ci est un reflet de la situation désespérée qui prévaut à l'intérieur du patient.

Il existe d'autres états affectifs qui s'accompagnent d'idées suicidaires. L'agressivité donne fréquemment de telles idées. L'agressivité refoulée peut donner des symptômes comparables à la réaction dépressive. Le clinicien doit distinguer les différents affects et voir lequel est à la base de l'idée suicidaire. Il est fréquent que la différenciation des affects soit suffisante pour apporter un éclairage sur la situation psychique du patient (Gut, 1989). Un tel éclairage a comme conséquence que le message psychique est reçu par la conscience et ne constitue plus une nécessité dans l'économie psychique de l'individu, d'où la disparition du symptôme et le soulagement de l'angoisse liée au message.

Une forte charge émotionnelle s'accompagne souvent d'idées suicidaires, la panique en constitue un bon exemple. Cox et al. (1994) rapportent une prévalence de 31 % d'idées suicidaires dans la dernière année chez les patients avec un diagnostic de désordre de panique. De ce groupe, seulement 0,9 % ont fait une tentative suicidaire. Quand les solutions à l'angoisse semblent inexistantes, l'idée

suicidaire apparaît comme une source d'apaisement en apportant l'idée d'un soulagement possible et accessible.

La sphère somatique

La concrétisation de l'idée suicidaire est certainement l'aspect le plus troublant chez le patient suicidaire. Va-t-il agir cette idée et se tuer? C'est aussi ce qui inquiète le patient et provoque en lui l'angoisse. Cette angoisse est très importante, vitale même. En effet, elle est à la base de l'activation dans la personne de l'instinct de survie, de l'activation des réflexes de protection de l'organisme. Ces réflexes sont activés quand l'idée suicidaire est perçue consciemment, quand il y a menace de mort. Cette réaction d'angoisse signale à la personne que l'organisme est en danger, que quelque chose ne va pas. À partir de cette réaction psycho-physiologique, le message est pris au sérieux. C'est ce qui amène le patient en consultation, c'est ce qui indique clairement que quelque chose doit être pris en considération sérieusement.

Dans cette optique, l'idée suicidaire est prise littéralement en tant que signe de danger. Face à une idée suicidaire, la réaction première, instinctive, est de la prendre concrètement. Cette réaction affective provoquée par l'idée suicidaire met en branle de l'énergie liée à l'instinct de conservation. Cette énergie peut être utilisée pour se défendre contre la menace, ou elle peut être utilisée pour mettre en action le plan suicidaire, ou encore l'énergie est retenue et la personne devient paralysée par la peur. Au plan clinique, cet aspect de l'idée suicidaire est utile pour déterminer si les mécanismes de protection de l'organisme sont en fonction ou non. D'ailleurs, l'absence de cette réaction d'angoisse oriente notre recherche de la compréhension de la situation vers une possible manipulation.

La manipulation

L'idée suicidaire peut être un procédé de manipulation efficace: manipulation de l'entourage et même des intervenants. Un travail régulier en salle d'urgence de psychiatrie permet de réaliser rapidement à quel point cette dimension est importante particulièrement chez les «habitueés» de la salle d'urgence. La manipulation peut être consciente ou inconsciente. Il y a des gens chez qui la manipulation est une manière d'être, elle n'est pas vécue consciemment en tant que telle. C'est pour eux la manière la plus efficace d'obtenir un peu de sentiment de pouvoir sur l'entourage, et il leur est naturel de prétendre avoir des idées suicidaires quand ils ont le besoin de se sentir

importants ou, simplement, existants. Les personnes avec un trouble de la personnalité borderline comblent parfois ainsi leur sentiment de vide d'identité.

La manipulation consciente est un peu différente. La plus classique est certainement la prise en otage (Denis, 1984; 1990). C'est un patient qui menace de se tuer si on ne lui donne pas ce qu'il veut (en général, de la médication, un séjour à l'hôpital), ou encore pour prouver qu'il peut obtenir ce qu'il veut. Une des caractéristiques de ces patients est qu'ils trouvent toujours qu'on ne les prend pas au sérieux, avec raison peut-être. En les prenant très au sérieux et en approfondissant l'idée suicidaire, on parvient à mettre en évidence la manipulation. Le fait de prendre au sérieux le patient est la clef dans une telle situation. Il faut se rappeler que le patient a le droit de manipuler, il a le droit de mentir. Notre travail consiste à montrer au patient ce qui se passe, et agir en conséquence.

La problématique narcissique

L'idée suicidaire s'avère parfois une excellente compensation pour une blessure narcissique. L'idée de se donner soi-même la mort ne comporte pas uniquement un danger mais peut constituer aussi une manière de se «guérir». Des études (Wellman, 1986; Chiles et al., 1989) rapportent l'observation fort intéressante à l'effet que le suicidé qui a complété son suicide est perçu comme un être fort et courageux, alors que celui qui le rate est considéré comme un faible. Le suicide en tant que confrontation ultime avec la Mort est une représentation de courage, de bravoure, quelque chose d'héroïque.

Cliniquement, c'est dans l'élaboration du scénario suicidaire que l'on met en évidence la compensation narcissique. De façon classique, c'est un homme qui répond à une situation blessante narcissiquement par des idées suicidaires, avec des plans comme «se jeter du haut d'un pont ou d'un édifice», «frapper violemment un mur de ciment au volant de son auto»; ou encore, «il s' imagine au volant de sa voiture, il va à très grande vitesse et quand il rencontre un gros camion, il bifurque soudainement et frappe le camion de plein fouet». Ce qui caractérise ce genre de scénario, c'est la grandiosité certes, mais aussi et surtout c'est le courage formidable que cela prendrait pour le vivre concrètement, pour le mettre en action véritablement. Courage qui justement manque à l'image personnelle au moment où cette idée survient. Il est important de se rendre compte de l'effet que procure au patient ce genre de scénario. On constate aisément le bien immense que le patient se fait en vivant intérieure-

ment son fantasme. Il est en train de s'auto-guérir en s'identifiant avec le personnage qu'il décrit. Il est important de distinguer cette situation de celle de la manipulation. C'est une tentative pour rétablir l'équilibre narcissique rompu (Jung, 1984). Si on avait la possibilité de faire perdre cette idée suicidaire au patient, il pourrait avoir besoin de l'agir concrètement au lieu de la vivre en fantasme. Le travail clinique consiste à favoriser la prise de conscience de la blessure, celle-ci se manifestant indirectement par cette compensation, mais sans enlever l'effet de soulagement de l'imagerie mentale spontanée.

Au niveau de la problématique narcissique, on trouve aussi des personnes qui, face à une faiblesse personnelle, se haïssent profondément. Les idées suicidaires permettent alors de se rendre compte de la haine inconsciente dans la personne. Un exemple: une patiente de 29 ans, mariée, mère de deux enfants, amenée par son mari en raison d'un sentiment de dépassement chez lui et d'idée suicidaire chez elle. Cette femme excessivement fonctionnelle l'était moins depuis environ un an. Elle présentait des épisodes de tristesse occasionnelle qui étaient devenus de plus en plus fréquents au fil des mois. Elle avait consulté un médecin qui lui avait prescrit des antidépresseurs, et vu une psychologue avec qui elle avait fait un travail honnête. Cependant, depuis trois semaines, elle était «au bout du rouleau» et s'était laissé convaincre difficilement de venir consulter à l'hôpital psychiatrique, ce qui constituait pour elle «la déchéance totale».

En entrevue, ce qui était frappant, c'était le caractère dramatique de la présentation, et le contraste entre cette présentation pathétique et ma réaction plutôt froide quoique non irritée par elle. J'avais une tendance à me sentir en position propulsive, comme si j'allais être attaqué et qu'il me fallait être prêt à me défendre. Réaction curieuse pour qui se trouve en face d'une jeune femme en jaquette d'hôpital prostrée sur sa chaise. La suite de l'évaluation a révélé la présence d'un désir de mort chez la patiente lié à une rage narcissique impressionnante. C'est à cette rage que je réagissais.

La patiente se définissait comme une femme active, efficace, fonctionnelle, productive, celle qui aide les autres, etc. Dans cette définition, elle se trouvait «belle». Cependant, elle voyait apparaître progressivement son ombre depuis un an, et tel qu'illustré dans le conte de Blanche-Neige (Grimm et al., 1986), la Belle-Mère commandait au chasseur d'amener Blanche-Neige dans la forêt de l'inconscient. Elle souhaitait enlever de sa vue cette faiblesse que représentaient pour elle la passivité, l'arrêt, les pleurs, les sentiments dépressifs. Elle espérait retrouver le monde dans lequel le miroir lui

renvoyait l'image qu'elle était la plus belle. Le souhait de mort de la Reine à l'endroit de Blanche-Neige se manifestait par une idée suicidaire violente.

La suggestion de s'arrêter sur ce qui se passait en elle a provoqué une réaction de résistance intense. La Reine en elle tentait constamment de reprendre le dessus et s'opposait farouchement à cette idée inacceptable de l'arrêt, de la réflexion. Il lui a fallu deux jours pour parvenir à une halte qui a permis de constater cette grande rage intérieure, refoulée, qui s'exprimait par le désir de mort. Elle avait entretenu à ses propres yeux une image de perfection et ne pouvait tolérer de voir qu'elle n'y parvenait plus (Schierse-Leonard, 1990). Elle ne voulait pas se tuer, elle voulait tuer l'imperfection en elle. Dans un tel cas, il existe dans la personne un noyau violent, en général projeté. Devenir conscient de ce complexe est nécessaire pour faire en sorte que la personne puisse reconnaître cet aspect en elle, cesser de le projeter à l'extérieur et, surtout, cesser de l'agir.

La sphère symbolique

La psyché s'exprime en images et en symboles. Il faut l'écouter de manière appropriée. L'idée de mort, au plan psychique, est un moyen que possède l'organisme pour communiquer que quelque chose doit changer ou est en train de changer, que la situation actuelle doit «mourir» pour laisser place à un nouvel équilibre. C'est ce que David Rosen (1993) a appelé avec justesse l'égocide. La mort au plan de la psyché signifie processus de transformation. L'idée de mort surgit aux moments des transitions de la vie, quand une transformation pour aller vers un stade plus avancé devient nécessaire: de l'enfance à l'adolescence, de l'adolescence à la vie adulte, etc.

Le message de mort qui survient dans la psyché d'un individu à un moment particulier est potentiellement une demande de changement. Le patient doit parvenir à recevoir et à décoder le message. Comme on l'a mentionné précédemment, il s'agit d'utiliser l'énergie provoquée par la menace de mort pour aller dans le sens de la demande de changement. C'est un message symbolique qui demande à être reçu et compris. Par exemple: un homme de 74 ans est gardé en observation pour dépression et idée suicidaire. Lorsque je le rencontre, la toute première chose qu'il me dit est la suivante: «C'est terminé, c'était des niaiseries ces histoires de suicide, j'ai toujours été quelqu'un d'intelligent et de rationnel, et maintenant j'ai retrouvé la raison, je ne comprend pas pourquoi j'ai eu une telle idée. Bref, on

n'en parle plus... Tout est réglé: c'était une idée folle. D'ailleurs, ça fait plusieurs mois que ça me vient... et puis, ça s'en va.»

Il ne voulait pas approfondir mais il me fournissait l'observation que quelque chose en lui venait fréquemment lui soumettre une idée de mort, l'idée de mourir, parfois sous forme de suicide, parfois comme une image mortuaire. Il éprouvait un malaise grandissant face à ces pensées. Il avait alors consulté son médecin en lui racontant qu'il avait de l'anxiété et celui-ci avait prescrit un anxiolytique. Au début, il en prenait un comprimé par jour, mais plus tard il avait augmenté considérablement la dose. Son interprétation était que ses «idées folles» étaient dues à la surconsommation. Je lui ai suggéré que la surconsommation pouvait être due aux «idées folles». Mon interprétation était qu'il réprimait les idées qui venaient solliciter son attention. Il avait commencé par les réprimer naturellement puis avait pris des moyens pharmacologiques. Il y avait donc une idée considérée comme folle et refusée par le patient.

Quand on a eu accès aux «idées folles», il est devenu très clair pour le patient qu'elles n'étaient pas folles du tout, et qu'elles signifiaient qu'il ne pouvait plus vivre comme un jeune de 50 ans alors qu'il en avait maintenant 74. Il s'agissait clairement d'un ultimatum que lui lançait sa psyché: «Si tu t'obstines à vivre comme un adulte alors que tu es un vieillard, il vaut mieux mourir.» Voilà pour l'aspect négatif du message. Du côté positif, l'idée de mort signifie qu'il est temps de laisser **mourir** l'homme de 50 ou 60 ans pour laisser **vivre** celui de 74 ans. J'ai délibérément donné un exemple chez un patient âgé parce qu'on a parfois tendance à croire qu'il n'y a plus de passage ni de rite de passage parvenu à un âge avancé. C'est faux. Le dernier passage étant celui qui mène à la mort concrète.

Le genre de passage qui peut s'accompagner d'idée de mort en tant que symbole de transformation survient aussi à d'autres âges. Françoise Dolto (1988), dans «La Cause des Adolescents», traite de ce problème du manque de rite de passage. Que l'on n'offre pas aux adolescents, comme aux adultes d'ailleurs, des moyens rituels de passage d'un état à un autre n'enlève pas le besoin de ce rituel. Le besoin continue d'exister à l'intérieur et cherche une voie d'accès au conscient. Il devient de plus en plus insistant et conduit à des idées obsédantes ou encore à un passage à l'acte. L'adolescent, chez qui la fonction symbolique n'est pas nécessairement très développée, aura beaucoup de difficulté à distinguer entre le signe et le symbole face à une idée de mort.

Mircea Eliade (1957), dans «Mythes, rêves et mystères», écrit: «L'angoisse devant le Néant de la mort semble être un phénomène spécifiquement moderne. Pour toutes les autres cultures non européennes [...], la Mort n'est jamais sentie comme une fin absolue, comme le Néant: la Mort est plutôt un rite de passage vers une autre modalité d'être, et c'est pour cela qu'elle se trouve toujours en relation avec les symbolismes et les rites d'initiation, de renaissance et de résurrection. Ceci ne veut pas dire que le monde extra-européen ne connaît pas l'expérience de l'angoisse devant la mort; l'expérience est là, bien entendu, mais elle n'est pas absurde ni inutile; au contraire, elle est valorisée au plus haut degré, comme une expérience indispensable pour atteindre un nouveau niveau d'être. [...] Mais pour le monde moderne la Mort est vidée de son sens religieux, et c'est pour cela qu'elle est assimilée au Néant; et devant le Néant l'homme moderne est paralysé.» L'idée suicidaire au plan symbolique est l'occasion d'une confrontation avec la mort.

Pour sa part, James Hillman (1976) écrit: «L'impulsion vers la mort ne doit pas être conçue comme un mouvement anti-vie; il peut être une demande pour une rencontre avec la réalité absolue, une demande pour une vie plus remplie via l'expérience de la confrontation avec la mort.» Le docteur Irvin Yalom (1980) va dans le même sens quand il rapporte de nombreux exemples de patients qui, suite à une confrontation sérieuse avec la mort, ont vu des changements personnels très importants survenir directement en rapport avec cette confrontation. La confrontation consciente avec la mort a l'effet de rendre quelqu'un plus vivant qu'auparavant, de le réveiller, de le rendre plus conscient de sa vie.

La pensée

Il se trouve des gens qui ont des idées suicidaires fondées sur la raison. En principe, ce n'est pas un problème psychiatrique mais plutôt philosophique (Baechler, 1975). Cependant, certaines personnes sont amenées en consultation parce qu'elles présentent des idées suicidaires qui sont le résultat d'élaboration philosophique sur le sens de la vie. L'idée suicidaire dans un tel contexte est débattue comme un concept strictement abstrait. Elle peut être le résultat d'élaborations délirantes. Elle peut aussi constituer une intellectualisation d'un affect dépressif. Elle peut aussi être la conséquence logique d'une suite de raisonnement. Notre travail est de déterminer s'il y a pathologie ou non. Il ne faut pas oublier que le suicide n'est pas un acte illégal. Un patient a le droit de se suicider. La délimitation entre la

raison et la folie n'est pas toujours évidente à déterminer avec certitude. Une exploration avec le patient de son idée suicidaire peut permettre d'éclairer la situation, selon le principe kantien qui veut que «la raison délire lorsqu'elle légifère en-dehors du champ de l'expérience» (Kant, 1980). L'exploration doit tendre vers l'expérientiel.

La sphère de la pensée est aussi le lieu de dérèglements psychotiques qui peuvent s'exprimer par des idées suicidaires, soit sous forme délirante, soit sous forme d'hallucinations. Il est bon de se rappeler que le patient dans un état psychotique va prendre l'idée suicidaire comme un signe même s'il s'agit d'un symbole. La conduite à tenir sera fonction de la psychose et non pas de l'idée suicidaire qui en constitue une forme d'expression.

Conclusion

Il existe différentes possibilités de compréhension de la présence d'idée suicidaire. L'objectif de l'intervention psychologique est d'éclairer ou de tenter d'éclairer la situation intérieure du patient. Trouver exactement et avec certitude l'interprétation de l'idée suicidaire d'un patient est probablement beaucoup moins importante que de faire avec le patient la démarche de chercher le sens de cette idée.

Sans se demander d'être spécialiste en anthropologie, il est certainement utile de reconnaître les périodes de transition de la vie qui peuvent s'accompagner d'idées de mort, et de distinguer ces passages de certaines pathologies qui pourraient leur ressembler.

Le domaine de l'idée suicidaire est un champ encore très peu exploré, qui demande un approfondissement afin d'éviter la confusion qui existe entre le suicidaire et le suicidé. Le modèle proposé ici veut offrir une base de réflexion et de recherche pour l'avenir.

RÉFÉRENCES

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1987, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3^e éd., révisée, Washington.
- BAECHLER, J., 1975, *Les suicides*, Calmann-Levy, Paris.
- BECK, A. T. et al., 1985, Hopelessness and Eventual Suicide: A 10-Year Prospective Study of Patients Hospitalized with Suicidal Ideation, *American Journal of Psychiatry*, 142, 5, 559-563.
- BECK, A. T., KOVACS, M., 1979, Assessment of Suicidal Intention: the scale for suicide ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1979, 47, 2, 343-352.

- BONNER, R. L., RICH, A. R., 1988, A prospective investigation of suicidal ideation in college students: a test of a model, *Suicide and Life Threatening Behavior*, 18, 3, 245-258.
- BONNER, R., L., RICH, A., R., 1990, Psychosocial vulnerability, life stress, and suicide ideation in a jail population: a cross-validation study, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 20, 3, 213-224.
- CHILES, J. A., et al., 1989, Depression, hopelessness, and suicidal behavior in chinese and american psychiatric patients, *American Journal of Psychiatry*, 146, 3, 339-344.
- COX, B. J., DIRENFELD, D. M., SWINSON, R. P., NORTON, G. R., 1994, Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and social phobia, *American Journal of Psychiatry*, 151, 6, 882-887.
- DENIS, J.-F., 1990, Le problème des troubles de la personnalité en psychiatrie, *Revue Canadienne de psychiatrie*, 35, 208-214.
- DENIS, J.-F., 1984, Suicidaire ou pseudo-suicidaire?, *L'Union Médicale du Canada*, 113, 766-769.
- DOLTO, F., 1988, *La cause des adolescents*, Robert Laffont, Paris.
- ELIADE, M., 1957, Symbolique de la mort, in *Mythes, rêves et mystères*, Gallimard, Paris.
- GOLDNEY, R. D. et al., 1988, Suicidal ideation in a young adult population, *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 79, 481-489.
- GRIMM, J. et W., 1986, *Les Contes, 1*, Flammarion, Paris, 299.
- GUT, E., 1989, *Productive and Unproductive Depression*, Basic Book, New York.
- HAWLEY, C. J., JAMES, D. V., BIRKETT, P. L., BALDWIN, D. S., DE RUITER, M. J., PRIEST, R. G., 1991, Suicidal ideation as a presenting complaint associated diagnoses and characteristics in a casualty population, *British Journal of Psychiatry*, 159, 232-238.
- HILLMAN, J., 1976, *Suicide and the Soul*, Spring Publication, Dallas, Texas.
- JUNG, C. G., 1984, *La guérison psychologique*, Georg et Cie, Genève.
- KANT, E., 1980, *Critique de la raison pure*, Gallimard, Paris.
- MARIS, BERMAN, MALTSBERGER, YUFIT, 1992, *Assessment and Prediction of Suicide*, Guilford Press, New York.
- ROSEN, D. H., 1993, *Transforming Depression, A Jungian Approach Using the Creative Arts*, G.P. Putman's Son, New York.
- SCHACHTER, S., O., 1988, Threats of Suicide, *Journal of Contemporary Psychology*, 18, 2, 145-163.
- SCHIERSE, L., L., 1990, *La fille de son père*, Le Jour, Montréal.
- WELLMAN, M. M., WELLMAN, R. J., 1986, Sex difference in peer responsiveness to suicide ideation, *Suicide and Life Threatening Behavior*, 16, 3, 360-378.

YALOM, I. D., 1980, *Existential Psychotherapy*, Basic Books, Publishers, New York.

ABSTRACT

Phenomenological exploration of the idea of suicide

Death fuels the idea of suicide with a strong emotional charge that often turns suicidal tendencies and suicide into one and the same. The idea of suicide, at times linked with depression and personality disorders, is nonetheless full of a meaning which deserves further research. Suicide can appear as a solution to a problem which the idea of suicide helps to identify and resolve. When it is a conscious realization, the idea of suicide can lead the patient to consult. As a danger signal, it allows to determine whether the individual's defense mechanism functions. Also, it attracts attention to a situation, reveals a form of repressed self-hate and even helps in passing from one life state to another, as in transition rituals described by anthropology.